TRATTATO

DELLE

MALATTIE CHIRURGICHE

E DELLE

OPERAZIONI

CHE LORO CONVENGONO

Del Sig Barone BOYER

Membro della Legione d'Onore, Professore di Chirurgia-pratica nella Facoltà di Medicina di Parigi, Chirurgo in capo aggiunto dello Spedale della Carità, Membro di molte dotte Società straniere e nazionali, ec.

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

TOMO SESTO

FIRENZE

PRESSO GUGLIELMO PIATTI

1819.

TRATTATO

DELLE

MALATTIE CHIRURGICHE

E DELLE

OPERAZONI

CHE AD ESSE CONVENGONO.

Seguito delle Malattie della Faccia.

CAPITOLO I.

Delle Malattie dell' Orecchio.

Noi seguiremo per la descrizione delle malattie dell' orecchio, l'ordine istesso adottato dagli anatomici nell' esposizione delle differenti parti che concorrono a formare l' oragano dell' udito. Tratteremo primieramente delle malattie dell' orecchio esterno, e parleremo in seguito di quelle dell' orecchio interno. Si comprende nell'orecchio esterno il padiglione, il condotto auditorio e la membrana del timpano. L'orecchio interno, racchiuso nella porzione pietrosa del temporale, e nella cavità gutturale, è formato dalla cassa del tamburo, dal labarinto e dalla troma di eustachio.

ARTICOLO I.

Malattie dell' Orecchio esterno.

Imprendiamo a trattare successivamente delle malattie del padiglione dell' orecchio, di quelle che attaccano il condotto auditorio, e delle malattie proprie della membrana del tamburo.

Malattie del Padiglione dell' Orecchio.

Il padiglione dell' orecchio è talvolta mal conformato; egli và soggetto alle ferite, ai tumori alle ulcere ec. Il padiglione dell' orecchio, destinato a raccogliere i raggi sonori, e a dirigerli verso il condotto auditorio, non è già essenziale alla percezione dei suoni: le persone che nascono, senza questa porzione di sistema auditorio, o che non ne hanno che una specie d'appendice, hanno l'udito quasi egualmente fino di quelle il di cui padiglione dell' orecchio è bene conformato. A vero dire, allora quando per qualunque siasi accidente questa parte viene ad assere distrutta, l'udito addiviene duro; ma quanto prima ricupera egli quasi tutta la sua finezza.

— Il trago, l'anti-trago, e l'antelice sono qualche volta talmente incassati nel condotto anditorio, che la di lui apertura ne resta rimpiccolita; ne risulta allora che l'udito, è duro, giacchè i suoni non possono essere ricevuti che in piccola quantità. L'uso di un corpo dilatatore in qnesta circostanza non deve servire che di piccola utilità, mentre agendo su parti elastiche, queste ritorneranno quanto prima alla loro posizione primitiva appena che avremo cessato di tenerle divaricate. Si rimedia ad un tale ristringimento dell' entrata del condotto auditorio per mezzo di un cornetto acustico, col quale i raggi suonori sono raccolti e portati in questo condotto. Vi si remedia ancora più efficacamente

incidendo i prolungamenti difformi, e aprendo un passaggio permanente ai suoni.

Talora il lobulo dell' orecchio manca intieramente. Ciò non è un grande oggetto di difformità: ma allora quando egli ha una smisurata lunghezza ed una forma irregolare, ne risulta una difformità reale. Io ho veduto in un giovine portarsi questa parte sulla gota in modo veramente brutto; la tagliai colle forbici, dopo avere indicato coll' inchiostro la forma che vuolevo dare all'incisione; la ferita guarì prontamente e la difformità rimase distrutta.

— Gl' istrumenti taglienti possono portare la di loro azione sul padiglione dell' orecchio, a farvi delle ferite più o meno grandi. Queste ferite devono essere riunite, per mezzo dei cerotti agglutinativi, e se la loro estensione e l' irregolarità dei loro bordi ne rendono impossibile la riunione per mezzo di essi si praticherà uno o due parti di sutura, che quivi saranno tanto più efficaci, in quanto che non vi sono muscoli la di cui contrazione possa occasionare l' allontanamento dei labbri delle ferita. Nel mettere in pratica questa operazione, gli antichi evitavano con premura di comprendere la cartilagine nella sutura: tale precauzione è però affatto inutile. Noto è al presente che la puntura di questa cartilagine non è causa di gangrena, quantunque Pareo assicura che una tal cosa *sia accaduta molte volte.*

— Si trafora qualche volta il lobo dell' orecchio, e si pone nella fattavi apertura un corpo estraneo per determinarvi una irritazione e la suppurazione che riescono salutari in caso di certe malattie degli occhi, di flussioni catarrali ec. Ma più spesso ancora una tale apertura è destinata a ricevere delle gioje. Tale operazione si pratica per mezzo di un puntarolo che si fa penetrare nel mezzo del lobo appoggiato sopra un pezzo di sughero; subito dopo si passa nell' apertura un filo di piombo o un anello d'oro. Ciò è seguito da tumefazione, o da un leggero trasudamento; e poco tempo dopo la parte si prosciuga e si cicatrizza. Se la tume-

fazione e il dolore divengono intensi, ed abbondante la suppurazione, si ricorre all'applicazione degli emollienti, e si taglia il corpo estraneo. Raramente però l'infiammazione è portata a questo punto, a meno che non esista nell'individuo un principio morboso, che l'irritazione abbia richiamato verso l'orecchio; in simile caso l'evaucazione addiviene salutare.

Allorquando la gioja che si attacca al lobo dell'orecchio è troppo pesa, stira questa parte, l'allunga la fende auche talvolta e lascia un biforcamento disaggradevole alla vista; allora duuque si buca più in alto o sulle parti; e quando ciò non si può fare, e si vuole rimediare alla difformità, bisogna rendere cruenti i bordi di questo fesso, onde riunirli in seguito per mezzo di uno o più punti di sutura. Se ristabilire si vuole un'apertura, si pone un filo di piombo nell'angolo del biforcamento per impedirne la riunione. In seguito poi avremo l'attenzione di far sostenere i pendenti se il peso ne è considerabile, da un nastro o da una fibbiaglia passata dietro l'orecchia, e fissata sul padiglione di esso o nei capelli.

— La frattura della cartilagine dell'orecchio, di cui fa menzione, Celso, e che varj autori dicono potere esistere nei vecchi, a mio credere è senza esempio: e penso anche sia impossibile. Onde una tale frattura potesse aver luogo, bisognerebbe che la cartilagine fosse ossificata; e questa ossificazione non esiste mai anche in età molto avanzata.

La compressione troppo forte e lungamente continuata dall'orecchio dà luogo in primo luogo al dolore, indi la parte la più proeminente divien rossa, e qualora la compressione persista, l'infiammazione termina colla gangrena. È necessario dunque evitare di comprimere l'orecchio; ed ogni volta che si sia obbligati a passare una fasciatura su di esso, bisogna guardar bene d'invilupparlo di fila o di cotone che lo garantischino senza incomodarlo. La gangrena dell'orecchio prodotta da una forte compressione o lungamente protratta, non

si limita sempre ai tegumenti: ella può estendersi anche alla cortilagine, come ho veduto in uno studiente di medicina. In una malattia di lunga durata, un ulcera vasta che si era formata sulla parte posteriore del bacino, obbligò questo giovine a stare coricato sopra un lato: la parte la più proeminente della faccia esterna dell' orecchio, vale a dire l' autelice, addivenne la sede di un escara, la caduta delle quale lasciò nel padiglione dell' orecchio, un foro per cui poteva passare l'estremità del piccolo dito.

— Il padiglione dell' orecchio è soggetto ai tumori inflammatorj; ma siccome poco tessuto cellulare entra nella composizione di esso, e che questo tessuto è denso, serrato e quasi del tutto sprovvisto di pinguedine, l'infiammazione che vi si manifesta è di natura eresipelatosa; onde questa infiammazione si termina raramente colla suppurazione, e allora quando si forma un ascesso nel padiglione dell' orecchio, egli più ordinariamente occupa l'anti-trago e il lobo che contiene alquanto di pinguedine.

— Manifestansi qualche volta nel padiglione dell' orecchio dei tumori cistici; ma essi prendono di rado uno sviluppo considerabile. Se sono piccoli e stazionarj, possono abbandonarsi alla natura; ma se aumentano di volume, bisogna farne l'estirpazione. Una donna portava da più di dieci anni, un tumore di questo genere sulla faccia esterna del lobo, essa non diede il suo assenso per estirparlo, che quando fu divenuto un' oggetto di difformità.

— L'umore sebaceo, che lubrifica le ripegature della cartilagine dell' orecchio, qualche volta si ammassa nei follicoli che lo forniscono, gli distende, e forma dei tumuretti chiamati *tanni*, che incomodono e rendono quasi sempre duro l' udito. Si dissipano questi tumori togliendo con un netta orecchi l' umore sebaceo che gli forma, dopo aver forato, con un ago o una lancetta quel punto nerastro che si scorge alla loro sommità. Onde, impedire poi che essi non ricomparischino, o per

arrestare i loro progressi, si prescrivono delle lezioni con acqua di sapone.

— Le croste latte da cui il padiglione dell' orecchio è spessissimo ricoperto nei bambini, e le ulcere che a questa età, esistono frequentemente nell' infossamento che separa l' orecchio dalla parte laterale della testa, non richiedono che la nettezza: esse non devono già essere medicate con dei corpi grassi, a menochè sia necessario di mantenere una suppurazione; se il trasudamento è abbondante, si applicheranno dei panni lini asciutti o imbevuti di un decotto di altea o di sambuco. L'uso dei medicamenti ripercussivi potrebbe essere nocivo. Negli adulti, il padiglione dell'orecchio è talvolta la sede di un eruzione serpiginosa, la quale richiede l'applicazione di un vescicante alla nuca, e l'uso dei medicamenti propri a combattere il vizio erpetico.

Malattie del Condotto Auditorio.

L'imperforazione congenita del condotto auditorio offre delle varietà. Se egli è semplicemente chiuso da una membrana situata all'esterno altrettanto è facile di riconoscere un tal vizio di conformazione quanto di rimediarvi. Se la membrana è situata un po a dentro nel canale, la diagnosi è alquanto più oscura, e il male più difficile a trattarsi. Onde scuoprire la membrana, fa d'uopo, come in tutte le circostanze in cui si vuole esaminare il condotto auditorio, situare il malato in modo che la luce colpisca direttamente l'orecchio, e tirare in alto il padiglione per fare sparire la curva del condotto. Allorchè è stata riconosciuta l' esistenza di una membrana contro natura, si deve inciderla con un bisturino inviluppato con una pezzetta di lino fino a due linee dalla punta; bisogna portar via i piccoli lembi qualora sia possibile, e tenere separati i labbri dell' apertura per mezzo di una tenta. Si potrebbe ancora forare la membrana con un troicarte, se l' angustia del condotto o qualche altra circostanza rendesse difficile

l' introduzione del bisturino. Quando la membrana è situata profondamente, è difficile lo scorgerla, e rarissimamente cade sospetto intorno all'esistenza di essa nei primi momenti della vita. A misura soltanto che i bambini si fanno grandi si viene in cognizione della loro sordità, e se ne indaga la causa. Nel caso che la posizione della membrana desse a temere che nell' aprirla rimanesse interessata la membrana del timpano, si potrebbe tentare di distruggerla per mezzo della cauterizzazione col nitrato d' argento fuso. *Lechevin* (1) propone, in questa occorrenza, di fissare un pezzo di questo caustico in un piccolo tubo di penna, per portarlo direttamente sul centro della membrana, attraverso una cannula. Si può lasciare il caustico per più o meno di tempo, e ripeterne, l'applicazione più o meno sovente, secondo la durezza e la spessezza della membrana contro-natura.

Talvolta il condotto auditorio manca affatto; ma siccome questo condotto è poco sviluppato nei bambini, non è sempre facil cosa il giudicare se egli sia unicamente imperforato, o realmente manchi. Nulla dimeno si può presumere che egli esista, quando pigiando con un dito sul luogo dove deve trovarsi, si sente cedere, bisogna poi sospettare il contrario, se si riscontra della durezza. In qualunque caso, conviene praticare un apertura sul punto nel quale si trova ordinariamente il condotto; e quando dopo aver forato alla profondità di qualche linea, non s'incontra vuoto alcuno possiamo allora tenere per certo che il condotto auditorio manca completamente.

In vece di essere chiuso semplicemente, da una membrana, il condotto auditorio è qnalche volta tappato, in una qualche porzione della sua lunghezza, dall' adesione innata o accidentale delle di lui pareti. L' imperforazione di questa specie è essai più difficile

---

(1) Prix de l'Accad. Roy de chirurgie.

a guarirsi della precedente. In questo secondo caso l'operazione che conviene è più delicata, e non deve essere praticata che quando l'adesione esiste nei due condotti, e la sordità è completa. Per eseguire questa operazione, bisogna servirsi di un troacarte, la di cui punta poco acuta sopravanzi la cannula meno che sia possibile. S'immerge l'istromento con lentezza nel luogo in cui deve esistere il condotto. Seguendo la direzione del canale osseo quando non s'incontra più resistenza si è avvertiti che è stato vinto l'ostacolo. Ritirasi allora il troacarte e si lascia la cannula per servire di guida all'introduzione di una tenta, o di un pezzo di candeletta elastica. Prima d'introdurre il corpo dilatatore e di ritirare la cannula, si possono fare delle prove onde conoscere se il malato ci sente: il corpo dilatatore poi sarà ritenuto nel condotto, qualche tempo anche dopo la cicatrizzazione.

L'angustia del condotto è qualche volta un ostacolo all'udito. Se una tale disposizione si repete dall'ingrossamento delle pareti del condotto, si può, facendo uso per lungo tempo di un corpo dilatatore, deprimere, rendere più sottili queste pareti. Ma se il male dipende da viziosa conformazione dell'osso, è assolutameute incurabile.

Il condotto auditorio presenta talora un vizio di conformazione di un altra natura, che occasione egualmente la durezza dell'udito e anche talvolta la sordità: egli consiste nello schiacciamento di esso e nel contatto delle di lui pareti per una estensione più o meno considerabile. Io fui consultato da una persona che era quasi affatto sorda per questo motivo. Feci costruire una cannula d'oro, del diametro e della forma del coudotto anditorio, e più larga dalla parte corrispondente alla conca, poi l'introdursi nel condotto. A contare da quell'epoca, il malato che la porta di continuo, sente perfettamente.

— Il condotto auditorio può contenere dei corpi estranei la di cui natura, figura e volume variano, e che per conseguenza gli effetti pure che producono sulle

parti e sull' udito devano variare: solo hanno essi di comune fra loro, che intercettano più o meno i suoni e rendono l'udito più o meno duro; taluni possono occasionare anche la sordità. Questi corpi estranei, o formansi nel condotto, o vi vengono dal di fuori. I primi sono sempre il risultato del cumulo e del condensamento del cerume: e questa causa produce ordinariamente sui vecchi l' otturamento del condotto. È giusto il sospettare di essa, allorchè la durezza o la perdita dell' udito è venuta a poco a poco, senza dolori e senza scolo; e poi, è facile di convincersene esaminando l'orecchio; mentre allora si scorge nel fondo del condotto, un corpo giallastro la di cui durezza è quasi sempre molto considerabile. Si procura in primo luogo di rammollire questo corpo con dell'acqua di sapone calda o dell'olio che si fa rimanere nell' orecchio per mezzo del cotone; poi se ne fa l'estrazione con una piccola cucchiaja o un paro di pinzette.

Trovansi talvolta nel condotto auditorio, dei corpi estranei liquidi o solidi venuti dal di fuori. Le sostanze liquide vi producono una sensazione incomoda da cui è facile il liberarsi inclinando la testa per parte, e scuotendola alquanto; si possono anche aspirare con uno schizzetto, o assorbirli con una piccola spugna o un pennello di fila. I corpi solidi sono o vivi o inanimati: qualche volta delle larve di mosche nascono dentro l'orecchio; degl'insetti, come una pulce, un pidocchio, una cimicia, un buca orecchi possono introdurvisi e determinare coi loro moti una sensazione dolorosissima. Spesso però e difficile di fare l' estrazione di questi insetti che si sono internati profondamente nel condotto auditorio. Una pulce si prende ordinariamente per mezzo di un piccolo bucchio di lana o di cotone introdotto in questo condotto. Se un tal mezzo non è sufficiente, vi si versa, come pure si fa per gli altri insetti, dell' olio, dell' acqua calda o del mercurio per far perire l' insetto; si ritira quindi con una piccola cucchiaja. Si può anche portare in questo condotto uno stile la di cui estremità sia in-

volta in un poca di lana imbevuta di trementina o di miele, per invischiare l'insetto e tirarlo fuori.

I corpi estranei inanimati introdotti nel condotto auditorio, possono essere più o meno voluminosi, riempire il condotto in totalità o solo in parte; possono essere di natura da non aumentare di volume durante il loro soggiorno nel condotto, o da ingrossarvi per mezzo dell'umidità e del calore. Abbenchè l'effetto generalo che producono questi corpi sia di dar luogo alla sordità e a dei dolori più o meno intensi, nulladimeno accade talvolta che essi sono portati per lo spazio di più anni senza che le persone le quali gli hanno se ne accorghino. È raro che la presenza di un corpo estraneo nel condotto auditorio dia luogo a dei gravi accidenti; si legge però in Fabbrizio d' Hilden una osservazione che mostra che essa può avere dei resultati disgraziatissimi. Una ragazza di dieci anni giuocava con altre bambine della sua età; una di loro le gettò nel condotto auditorio dell'orechio sinistro una pallottolina di vetro della grossezza di un pisello: le premure che impiegarono diversi chirurghi per estrarla non servirono che a seppellirla più profondamente. Il dolore occasionato dalla presenza di questo corpo e dai tentativi infruttuosi per ritirarlo, si dissipò; ma fu susseguito da altro vivissimo dolore sul lato della testa fino alla sutura sagittale, il quale cresceva quando il tempo era umido. La malata fu assalita da torpore al braccio, ai lombi, alla coscia e alla gamba sinistra, dimodoche questa porzione della macchina era in uno stato di stupore. Questo torpore fece posto a dei dolori acuti nelle medesime parti, una tosse secca e continua si accompagnò con questi sintomi; i mestrui comparvero una sola volta e in piccola quantità nello spazio di tre mesi. Finalmente, dopo quattro o cinque anni di soffrire, la malata ebbe degli accessi epilettici, e il braccio sinistro cadde in atrofia.

La madre consultò molte persone dell' arte, senza

parlare del corpo estraneo introdotto nell'orecchio, mentre la di lei figlia non sentiva il dolore a questa parte. Fabbrizio d'Hilden fu eziandio pregato, nel 1595, a vedere quella giovine a cui apprestò inutilmente dei soccorsi: e cominciava a perdere la speranza di potere arrecarle qualche sollievo, quando essa gli narrò ciò che gli era accaduto otto anni prima. Fabbrizio pensò che la presenza della pallottola di vetro poteva essere benissimo la causa del male, e dispose la malata ad assoggettarsi a nuovi tentativi; estrasse la pallottola con molta facilità, quantunque situata fosse profondamente, e che fosse per dire così attaccata alle pareti del condotto auditorio per mezzo della marcia e degli altri umori. I dolori, i torpori, le convulsioni epilettiche e tutti gli altri sintomi disparvero; il braccio riprese il suo volume naturale, in guisa tale chè la malata si ristabilì in ottima salute.

Sabatier racconta di aver veduta una pallottola di carta dar luogo a dei mali anche più gravi. Vi era l'incertezza se fosse entrata nell' orecchio; furono fatte delle ricerche si poco metodiche che la pallottola fu internata molto avanti, e fu creduto che essa avesse colto solamente l'orecchio senza entrarvi. Il malato continuò a star sano per dei mesi; alla fine del qual tempo fu attaccato da una febbre maligna accompagnata da violenti dolori di testa, e morì il diciassettesimo o dicottesimo giorno. Fatta la sezione della testa fu trovato che la porzione di cervello che riposa sulla faccia superiore della parte pietrosa del lato sinistro, aveva contratta un intima aderenza con la dura madre; nel punto di questa adesione esisteva un piccolo ascesso, la marcia del quale cadeva nella cassa del tamburo per mezzo di una apertura che era nata nell' osso delle tempie. La pallottola poi di carta, coperta di marcia, esisteva in questa cavità, essendovi penetrata, dopo avere distrutto il timpano. Sabatier rimase convinto, come pure lo furono gli astanti, che si dovevano, alla presenza di questo corpo tutti i disordini della testa e dell'organo dell' udito,

La durezza dell' udito e il dolore sono segni che possono far sospettarre che un corpo estraneo sia stato introdotto nell' orecchio; la confessione del malato, che spesso da se medesimo lo ha introdotto, è una più sicura guida; ma è necessario ancora il vedere un tal corpo, che sempre si può scorgere, anche quando è molto affondato verso la membrana del timpano, se si esamina il condotto alla gran luce. Perciò, quantunque sembri che non si possa ingannarsi sull' esistenza di un corpo estraneo situato nel condotto auditorio esterno, è sempre cosa buona l' assicurarsene per mezzo della vista, indipendentemente dal racconto del malato e dalla testimonianza delle persone che lo circondano: le due osservazioni che seguono ne offrono una prova. Un bambino dell' età di otto anni circa, giuocando con i suoi compagni, dice loro di volere fare sparire un sassolino che aveva in mano, e farlo passare da un orecchio in bocca. Quanto prima gli altri ragazzi cominciano a gridare che egli si è introdotto un sassolino in un orecchio: la maestra accorre e fa degli sforzi onde ritirare il corpo estraneo. Il chirurgo di casa tenta imprudentemente delle prove che addivengono egualmente inutili, mentre il sassolino non era stato introdotto. Risultò da tutte queste pratiche una irritazione che fu ben presto seguita da uno scolo puriforme con durezza dell' udito. Il ragazzo mi fu fatto visitare; riconobbi che non esistevano corpi estranei; calmai l' irritazione facendo stillare dell' olio tiepido di oliva nel condotto auditorio. In capo a due o tre giorni, i dolori e lo scolo cessarono, e il bambino rimase guarito.

Il Sig. di *** fu svegliato a un tratto, in tempo di notte, da vivi dolori nell' orecchio destro; vi spinse profondamente un tampone di cotone imbevuto d' olio di amandorle dolci. Il giorno susseguente, i dolori erano cessati; ma vi restava tuttavolta un certo romore e un poca di sordità. Per togliere il cotone e poi rinnuovarlo, il malato portò nell' orecchio la testa di un lungo spillo, indi il netta orecchi. Non potendo prender nulla, ed

essendo nella persuasione che il cotone non avesse potuto abbandonare l'orecchio, egli lo tormentò in modo da determinarvi una infiammazione assai intensa. Fui chiamato; esaminai il fondo del condotto auditorio, ne vi scorsi corpo estraneo di veruna sorte; prescrissi delle injezioni emollienti. I dolori dell'orecchio e l'imbarazzo dell'udito disparvero in breve. Non vi è stato però che il tempo che abbia potuto rassicurare e convincere il Sig. di ***, che il cotone che si era introdotto nell'orecchio, erane sortito durante il sonno.

Appena si è riconosciuta l'esistenza del corpo estraneo, bisogna farne l'estrazione più presto che sia possibile. La spontanea escita di esso è un avvenimento sul quale non bisogna fidarsi; con tutto ciò se questo corpo fosse poco voluminoso e di forma rotonda, sarebbe possibile che col risvegliare della suppurazione nell'orecchio, le pareti di questo condotto si rilasciassero in modo tale che egli uscisse da se medesimo. Fabbrizio d'Hilden ne cita un esempio: un nocciolo di ciliegia fu gettato nell'orecchio destro di un ragazzo di dieci anni. Le persone dell'arte alle quali fu confidato istituirono degli sforzi per ritirare questo corpo per mezzo di un oncino che dette luogo a molti dolori. Si stabilì un poca di suppurazione nel condotto auditorio, e allora quando il padre del ragazzo si disponeva a condurlo da Fabbrizio, vedde che il nocciolo si presentava al di fuori insieme colla marcia da cui era ricoperto, e lo ritirò facilmente colla punta di un ago: il ragazzo guarì in poco tempo. Osserva Fabbrizio con ragione che un tal fatto punto deve incoraggire per lasciare dei corpi estranei nell'orecchio, ove la loro presenza può attirare della suppurazione, dar luogo alla carie, alla formazione di fungosità difficili a distruggersi, e produrre in ultimo la sordità.

L'estrazione di questi corpi si fa più urgente allora che essi sono di natura da aumentare di volume per mezzo del calore o dell'umido: questo aumento di volume, unito al gonfiamento delle pareti del condotto che ne viene inconseguenza, rende l'estrazione di tali corpi

tanto più difficile, quanto essa è stata più ritardata; mette poi nella necessità di dividerli con una *foglia di mirto* stretta e appuntata, e di estrarli a pezzi.

Diversi istromenti sono stati proposti per estrarre i corpi estranei dal condotto auditorio interno: i più usitati sono le pinzette e la piccola cucchiaja. Le pinzette non possono convenire che per i corpi lunghi e appuntati, per quelli che avendo un altra forma, sono poco voluminosi e hanno una superficie irregolare; finalmente per quelli la di cui sostanza è abbastanza molle da dar presa alle pinzette. Riguardo ai corpi duri, si estraggono con una piccola cucchiaja fine che si porta lungo la parete inferiore del condotto al disotto del corpo estraneo, spingendo in alto questo corpo, e servendosi della piccola cucchiaja come di una leva del primo genere. Bisogna guardar bene, quando digià si è portato infuori il corpo estraneo, di respingere leggermente la piccola cucchiaja, onde avere una nuova presa per estrarlo intieramente.

Abbiamo detto che si deve introdurre la piccola cucchiaja lungo la parete inferiore del condotto, e ciò deve osservarsi ancora relativamente a tutti gli altri stromenti che si è obbligati di portare nell' orecchio, mentre la membrana del tamburo essendo obliqua dall' alto in basso e dal di dentro al di fuori, si può spingere più oltre lo stromento alla parte inferiore del condotto senza temere di offendere questa membrana: in oltre poi il diametro verticale del condotto essendo più grande del trasversale, se il corpo è rotondo e occupa esattamente tutto il diametro trasversale, sull' altro diametro vi rimane un vuoto per mezzo del quale si può insinuare lo stromento fin sotto il corpo estraneo.

Trattandosi di un corpo molto fragile, fa d' uopo, nel cercare di estrarlo, guardarsi bene dallo stritolarlo: le pinzette, come anche le piccole cucchiaje non convengono in tal caso. Bisogna servirsi di un pennello che abbia corte setole e imbrattato di una sostanza vischiosa, come per esempio la trementina, insieme con la quale s' impasta il corpo estraneo. Una signora si era lasciata

cadere una perla falsa nell'orecchio sinistro. Un chirurgo nel volere estrarla la ruppe. I rimasugli taglienti di questa perla furono causa quanto prima di viva infiammazione, e di suppurazione abbondante; la membrana del timpano rimase distrutta e l'organo perdè le sue funzioni.

Prima di estrarre dal condotto auditorio esterno, qualunque siasi corpo estraneo, fa d'uopo lubrifacare con dell' olio questo condotto, ad oggetto di rendere l'operazione più facile e meno dolorosa; eseguita poi l'estrazione, qualora l'orecchio sia faticato, vi si verserà dell'olio o dell'acqua d'altea, o qualche altro medicamento dolcificante.

— Il condotto auditorio esterno, formato in parte dall'osso temporale, per la maggiore porzione da una cartilagine, è rivestito da una membrana che fa continuità colla pelle che ricuopre il padiglione. Questa membrana, sparsa di un numero considerabile di nervi, è dotata di una grandissima sensibilità: risulta da ciò che l'infiammazione di essa è sempre caratterizzata da un vivo dolore cui da' luogo, e a cui contribuisce, senza dubbio, la struttura compatta delle pareti del condotto.

Il calore, il colore rosso, il gonfiamento, il tintinnio degli orecchi, un dolore quasi insopportabile, accompagnato da pulsazione e da romorio, sono i sintomi di quest'affezione. Una irritazione qualunque occasionata dall'azione chimica o meccanica di un corpo estraneo, una percossa sull'orecchio, una causa interna possono determinarla. Quando si mostra spontaneamente e senza causa evidente, o per l'influsso di una ammosfera fredda ed umida, si è usi a considerarla quale ingorgo flussionario. L'infiammazione del condotto auditorio termina colla risoluzione, colla suppurazione, oppure passa allo stato di cronica flemmasia.

Si adoperano i rimedj anti-flogistici per far fronte a questa infiammazione. Le emissioni di sangue generali sarebbero indicate, qualora vi fosse la febbre e dolori grandemente intensi; ma però i salassi alla parte riescono sempre di molta utilità, e cinque o sei mignatte attaccate

nelle vicinanze dell' orecchio danno luogo ad uno sgorgo che ristora costantemente il malato? I medicamenti emollienti e anodini, come l'acqua d'altea, il latte tiepido nel quale si pone del zafferano in infusione, l'olio di mandorle dolci, sono pure mezzi da impiegarsi vantaggiosamente onde calmare i dolori e combattere l'infiammazione. Si istillano queste sostanze nel condotto auditorio, e vi si trattengono ponendo all' ingresso di esso un tamponcino di fila. I vapori tiepidi di decotti emollienti o d' acqua semplice, diretti sulla parte per mezzo d'un imbuto, l'applicazione di un impiastro sull'orecchio, sono mezzi eziandio di cui ci serviamo con profitto per calmare i dolori e la tumefazione. Allorchè la flogosi terminare si deve colla risoluzione, vedonsi diminuire quanto prima i sintomi e il male dileguarsi gradatamente. Ma se conviene che essa termini colla suppurazione, i sintomi vanno più in lunga, indi si calmano, e la guarigione si opera per mezzo di uno scolo o di un piccolo ascesso.

— Alla superficie del condotto auditorio sopravvengono talora ulceri superficiali ricoperte da una materia giallastra che si secca e forma una crosta. Questa affezione a vero dire serpiginosa è difficile a vincersi quando è di lontana data. Si deve cercare perciò di rimoverla il più prontamente possibile. A questo fine si apre un emuntorio alla nuca o dietro l'orecchio, si fa uso dei risolutivi astringenti, delle injezzioni detersive; e internamente si adoperano i così detti depurativi. Giova il fare osservare che i topici repercussivi non devon essere messi in pratica che dopo aver prese le opportune precauzioni per prevenire la retropulsione dell' umore serpiginoso sopra un qualche organo interno.

— Le ulcere del condotto auditorio possono riconoscere per causa un vizio venereo, serpiginoso, scrofoloso o canceroso; e possono provenire da una forte infiammazione, dal soggiorno di un corpo estraneo, ec. Queste ulcere sono più o meno pericolose secondo la natura della causa che le ha prodotte, la profondità alla

quale esse sono situate e la loro estensione. La difficoltà di fare una medicatura metodica in un canale stretto e curvo, l'impossibilità di vedere ed apprezzare l'estensione del male, l'umidità di questo canale, il declive della di lui parte ossea che favorisce il soggiorno della marcia, sono tutte circostanze che rendono difficile la guarigione delle ulcere di cui si parla.

Le injezzioni, le istillazioni, i bagni di vapore e i suffumigj sono, oltre i rimedj convenevoli per combattere l'affezione da cui dipendono queste ulcere, utili mezzi che la chirurgia mette in pratica.

Le injezzioni sono impiegate nella veduta d'impedire il soggiorno della marcia e per condurla fuori. L'infuso di sambuco, l'acqua d'orzo, il decotto di radiche d'altea convengono nei primordj del male. Si può quindi versare nel condotto, in qualità di detersivi o tonici, il sugo di porro, scusso o mescolato con del miele, il vino mielato o zuccherato, le acque di Barére, di Balaruc, di Plombiéres, ec.; i bagni di vapore devono essere preparati colle piante vulnerarie e detersive, che ognuno conosce, e che si possono variare a seconda delle indicazioni che ci proponiamo. Allorachè è necessario di diminuire l'umidità troppo grande dell'orecchio, che talvolta si oppone alla guarigione delle ulcere, si ricorre ai suffumigi. In tal caso, possono unirsi insieme parti eguali di mastice, di zucchero, di rose e di maggiorana polvezate e gettate poi su dei carboni accesi onde introdurne il fumo nell'orecchio, per mezzo di un imbuto. Nel caso di ulcere veneree, si fa uso con vantaggio dei vapori d'ossido solforato rosso di mercurio (cinabro); ma bisogna adoperarli con prudenza. Fa d'uopo servirsi nell'istesso tempo che s'impiegano i rimedj dei quali abbiamo parlato, di piccoli tamponi di fila asciutte che leggermente s'introducono nel condotto, e che conviene rinnovare spesso. Un tal mezzo è, forse uno dei migliori che si possano adoperare onde prosciugare e cicatrizzare le ulcere di questa parte.

— La membrana che ricuopre il condotto auditorio

ha dell' analogia colle membrane muccose e và sottoposta come esse, alle escrescenze polipose.

I polipi dell' orecchio hanno di rado la loro origine nel fondo; ciò che senza dubbio dipende dalla fitta tessitura della membrana in questo luogo. Questi polipi rassomigliano a quelli della membrana pituitaria. Si comincia che essi hanno poco volume; aumentansi a grado a grado, e siccome la parte ossea del condotto non è dilatabile, e la sua porzione cartilaginea si presta pochissimo, a misura che ingrandiscono vengono al di fuori, riempiono la conca dell' orecchio, e l' oltrepassano anche talora. Dalla loro superficie che è ordinariamente liscia e biancastra, trasuda un umore puriforme in maggiore o minore quantità, e che in qualche caso è molto puzzolento. La sostanza di questi polipi è molle, mucosa e vessicolare, e non contiene che un piccolo numero di vasi sanguigni; qualche volta però è dura, sarcomatosa e disseminata di una quantità abbondante di vasi che gli fanno prendere un colore rosso o scuro, e la dispongono a lasciare sgorgare del sangue ad ogni più piccolo urto, e tal ora anche spontaneamente.

Per quanto piccoli siino i polipi del condotto auditorio, si possono quasi sempre scorgere se si esamina l' orecchio esposto al sole, e rilevando il padiglione di esso per fare sparire la curva della porzione cartilaginea del condotto; ma atteso che questi polipi ordinariamente non danno luogo a dolori di sorta veruna, e che gli effetti che producono limitansi ad un trasudamento puriforme di cui abbiamo parlato, e alla durezza dell' udito, più spesso accade che i malati non se ne lamentano che allora quando il male è già molto inveterato, e che il tumore riempie affatto il condotto auditorio. In tal caso un esame anche leggero basta per condurre alla conoscenza del male: si vede un tumore più o meno voluminoso, la di cui superficie ora è uguale e rotonda, ora ineguale e a bosse, e di cui il colore e la consistenza variano, sicchè si è detto. Potremo poi assicurarci a qual punto del condotto auditorio sia aderente il polipo, ed anche

investigare la grossezza del suo peduncolo, portando in questo condotto uno stile bottonato che si farà scorrere fra le di lui pareti e la superficie del tumore: quel luogo ove lo stile è trattenuto, è quello stesso a cui il polipo aderisce; e se dopo aver portato l'istromento da un lato, si porta inseguito dal lato opposto, facendo attenzione allo spazio che ha percorso da una parte e dall' altra senza essere trattenuto, si giudicherà approssimativamente della grossezza del peduncolo del tumore. Ma nell' istituire queste indagini, bisogna agire con molta precauzione, per timore, d'irritare il tumore, di reciderlo, e sopra ogni altra cosa di ledere la membrana del timpano.

I polipi flosci, vessicolari oppure mucosi dell'orecchio possono, nella guisa istessa di quelli delle fosse nasali, esistere per lungo tempo senza dar luogo a nessun accidente, e senza rivestirsi di cattivo carattere. Per questo non bisogna riguardarli qual malattia pericolosa. Ma la loro guarigione è bene spesso difficile, giacchè qualunque sia il mezzo che s' impiega per estirparli, quasi sempre rimane una parte del loro peduncolo, dimodochè onde impedirli di ripullulare, si è obbligati a distruggere la porzione che restane col cauterio attuale o i caustici; l'uso dei quali mezzi si rende difficile per la struttura stessa della parte, e può dar luogo a diversi accidenti. I polipi duri, sarcomatosi, sono molto più gravi, e irritandoli imprudentemente, possono prendere il carattere canceroso. Bisogna dunque avere molti riguardi nella prognosi che si porta relativamente a queste sorte di polipi, e specialmente non bisogna intraprenderne la cura che con molta circospezione.

Per distruggere i polipi dell'orecchio s'impiega la legatura, lo strumento tagliente, lo strappamento, il cauterio e i caustici, secondo la loro grossezza, la larghezza della loro base, e il punto d'inserzione di essi.

Quelli che hanno il peduncolo fino, e che prendono origine poco profondamente, possono essere portati via per mezzo dello stromento tagliente. A questo

effetto si prende il polipo con un oncino, si tira verso di se, e con un bisturino a lama stretta, e la di cui punta sia guarnita di un bottone, se ne distacca più presto che sia possibile, il peduncolo dalla membrana del condotto.

Circostanze che favorischino il taglio, s'incontrano raramente; anzi quasi sempre i polipi nascono troppo profondamente, onde poterne, con sicurezza, tagliare il peduncolo per mezzo del bisturino. Si ricorre allora allo strappamento o alla legatura. Per strappare un polipo dell'orecchio, ci serviamo di un paro di pinzette le di cui branche molto fini presentino alla loro estremità una apertura oblunga, e dalla parte che si ravvicinano, una escavazione su i di cui bordi siino praticate delle dentellature disposte in modo che quelle di una branca, serrando le pinsette, siino ricevute negl'intervalli delle dentellature dell'altra: ciò che i manifatiori, chiamano pinzette à *dente di lupo*. Dopò di essersi assicurati, per quanto è possibile del luogo in cui il polipo è attaccato, come pure della grossezza del suo peduncolo, slontanando le branche delle pinzette tanto quanto lo permette il diametro del condotto auditorio, s' insinuano in questo condotto, si acchiappa il polipo più vicino che si può dal suo peduncolo, o nel suo peduncolo stesso; quindi tirando a se le pinzette e girando un poco si svelle il tumore. Il sangue che sgorga quanto prima empie l' orecchio, e impedisce di scorgere se il tumore sia stato sradicato intieramente. Si frena allora l' emoragia riempiendo il condotto con delle fila, e il giorno susseguente o l'altro giorno, nel levare queste fila, si vede se rimanga ancora qualche porzione del polipo.

A fine di portare una legatura sul peduncolo di un polipo del condotto auditurio, si fa uso del porta-nodi di Desault, o anche dietro l' esempio di Fabbrizio d' Hilden, si passa intorno al polipo, nella maggiore vicinanza possibile dell' ingresso del condotto auditorio, un filo incerato col quale si fa un nodo sem-

plice pochissimo stretto; poi nel tempo che un ajuto tira in fuori il tumore per mezzo di un filo col quale è stato legato, s' interna con uno stile bottonato quella specie di anello formato dal primo filo, e il nodo si fa arrivare il più addentro possibile. Allorachè ci siamo serviti del porta-nodi di Desault per mettere in sito la legatura, il serra-nodi di questo chirurgo si adopera per comprimere e strangolare, per così dire, il peduncolo del polipo. Se la legatura è stata collocata secondo il metodo di Fabbrizio d'Hildan, si stringerà il nodo con quello stromento che questo autore inventò a questo oggetto, e di cui fare ci possiamo una esatta idea, col gettare uno sguardo sulla figura che ne ha data, *Cent. III*, *Obs. I*.

O il polipo sia stato tolto per mezzo di pinzette, o ne sia procurato il distacco per mezzo di una legatura, quasi sempre resta una parte del di lui peduncolo che fa d'uopo distruggere, se si vuole ottenere una guarigione completa: a questo effetto si adopera il cauterio attuale e il caustico. L'angustia e la direzione del condotto auditorio rendono difficile l'introduzione del cauterio attuale; e si corre rischio, servendosene, di bruciare delle parti che è pericoloso di toccare. È vero che è stato consigliato d'introdurre il cauterio in una cannula chiusa in fondo e aperta sul lato, onde preservare la membrana del tamburo e la parte sana del condotto, ma questa cannula addiviene per se stessa pericolosa, mediante la prontezza colla quale si riscalda. Ad onta però di questi inconvenienti, il cauterio attuale fu impiegato da Scultet e da Marchetis con successo felice, per distruggere il peduncolo di un polipo portato via colle pinzette.

L'azione dei caustici essendo più facile a limitarsi nel caso di cui si tratta, di quello che sia l'azione del cauterio attuale, noi pensiamo che i primi meritino la preferenza. Quei caustici che sembrano più convenire sono il nitrato d'argento fuso e il muriato d'antimonio liquido. Qualunque siasi il caustico di cui si fa uso,

conviene porre in fondo del condotto auditorio, nella maggiore prossimità della membrana del timpano, che fa d'uopo garantire dall' azione del caustico, un tamponcino legato con un filo che si lascia fuori dell'orecchio, e che serve a ritirare il tampone allorchè il caustico abbia prodotto il suo effetto. Si deve difendere pure la porzione di condotto opposta alla radica del polipo, e ciò guarnendola di una laminetta di metallo o di cera, opportunamente figurata, sicchè faceva Fabbrizio d' Hildan.

Dopo aver disposte le cose in tal guisa, servendosi del muriato d' antimonio liquido, si bagna un piumaccialetto di fila fine in questo caustico, e inseguito di averlo spremuto, si prende con un paro di pinzette a anello finissime; si porta sul luogo che si deve cauterizzare, e dopo averlo tenuto per lo spazio di varj secondi, si ritira. Facendo uso del nitrato d' argento fuso, se ne sceglie un pezzetto bastantemente fine da potere entrare liberamente nel condotto auditorio; si porta sul residuo del polipo, e vi si mantiene a contatto per maggiore o minor tempo secondo la profondità alla quale si vuole cauterizzare; dopo averlo ritirato si assorbono per mezzo di fila le particelle del caustico che furono disciolte, e che estendere potrebbero la loro azione sulle parti circostanti. Quando l' escara è caduta, se si scorgono ancora dei residui di polipo, si ricorre nuovamente al caustico e se ne ripete l' applicazione tante volte quante sembrano necessarie, e che la prudenza il permetta.

Bisogna limitare l'uso dei caustici alla distruzione dei residui dei polipi che furono legati o strappati. Servendosene per distruggere il totale del tumore farebbe d' uopo ripeterne troppo spesso l' applicazione, e si correrebbe rischio di far prendere un cattivo carattere al polipo, specialmente se fosse duro, livido, doloroso, e gettante sangue alla più piccola percossa; e quando anche non si trattasse che di distruggere le radici di un polipo chi sia stato estirpato, bisogna essere molto cir-

cospetti sull'uso dei caustici, l'applicazioue dei quali inconsideratamente potrebbe dar luogo a gravi accidenti, e fare degenerare la malittia in cancro.

— Bene spesso accade nei fanciulli, e talora anche negli adulti, uno scolo di umore sieroso e purulento dall' orecchio. Un tale scolo può essere più o meno dannoso secondo il luogo da cui proviene, le cause che lo producono e le parti dell'organo che sono affette. Le più ordinarie sorgenti di esso sono le pareti istesse del condotto auditorio, la cassa del tamburo, e degli ascessi formatisi in vicinanza dell' orecchio.

Nei ragazzi la materia puriforme che esce dall'orecchio, è fornita quasi sempre dalla membrana che ricuopre il condotto auditorio. Questo trasudamento, che per essere considerato come una specie di gavina (gourme) è salutare, e sarebbe molto pernicioso il sopprimerlo: bisognerà contentarsi dunque di lavare l' orecchio con dell' acqua tiepita o del decotto di altea. La soppressione di un tale scolo può dar luogo a gravi accidenti; infatti è stato veduto la tumefazione di tutto un lato della testa e del viso, una ottalmia violenta, le convulsioni, accessi epilettici, ec., venire in conseguenza di questa soppressione e non cessare che dopo avere ristabilito lo scolo, o in seguito delle applicazione di un vescicante alla nuca o dietro gli orecchi. Il trasudamento che ha luogo alla faccia interna del padiglioue dell' orecchio presso taluni bambini della prima età che godono d' altronde di ottima salute, proviene spesso dalla poca cura delle nutrici che trascurano di lavare questa parte, di mettervi delle pezzette di lino asciutte e d'impedire che il berretto del bambino comprima l' orecchio contro la testa; egli deve essere considerato sotto lo stesso aspetto dello scolo puriforme del condotto auditorio, cioè a dire, come una salutare evacuazione che fa d' uopo ben guardarsi dal sopprimere per mezzo dei topici ripercussivi, e che bisogna richiamare applicando un vescicante dietro gli orecchi, nel caso che egli sia stato soppresso e ne siino sopraggiunti dei sconcerti. Allora quando la durata

e l'abbondanza dello scolo puriforme che ha luogo dagli orecchi di un bambino, lo rendono di grave incomodo e fanno temere una profonda alterazione della membrana del condotto, e inseguito di ciò la lesione dell' udito, si può procurare di rimediarvi correggendo la viziosa disposizione del corpo con dei rimedj interni ed un regime appropriato, come pure stabilendo un emuntorio alla nuca onde prevenire gl' inconvenienti che potrebbero risultare dalla cessazione dello scolo.

Negli adulti, la materia purulenta che esce dall'orecchio, può essere fornita pure dalle pareti del condotto auditorio la di cui membrana è allora escoriata e qualche volte anche esulcerata. Il vizio serpiginoso è la cagione la più comune di questo scolo. Si giudica che la materia purulenta viene dalla membrana del condotto, allorchè è poco abbondante, che ripulendo il condotto con un netta orecchi si fa essa sanguinolenta, che lo scolo non è stato preceduto da verun ascesso in prossimità dell' orecchio, che l' udito in nessun modo è alterato, infine allora quando nel tempo di una forte espirazione, tenendo chiusa la bocca e il naso, non esce aria dall' orecchio. Si adoperano contro un tale scolo i rimedj interni: e un regime adattato a combattere la causa, un emuntorio alla nuca o dietro gli orecchi, e dei topici convenevoli allo stato della membrana del condotto.

La marcia che scola dall' orecchio viene talvolta da qualche ascesso formatosi nelle vicinanze di questa parte, e specialmente sulla regione mastoidea del temporale e nel tessuto cellulare che inviluppa la parotide, o in questa glandula medesima. Se si trascura di aprire questi ascessi, la marcia che racchiudono si procnra un egresso nel condotto auditorio, distruggendo il tessuto cellulare che riempie le incisioni della porzione cartilaginea di questo condotto. In seguito parleremo degli ascessi della parotide; mentre qui non sarà tenuto discorso che di quelli che hanno sede sulla regione mastoidea.

Tali ascessi differiscono fra loro in ragione della

loro profondità, della loro causa e dello stato della porzione mastoidea del temporale che ora è sana ed ore alterata. Quando l'ascesso situato immediatamente sotto la pelle, l'osso in verun modo è alterato, e la malattia ha tutti i caratteri di unflemmone. Il tumore ha molta elevatezza; la di lui circonferenza è edematosa, l'orecchio è spinto in avanti e slontanato dalla testa, l'incavo che da essa lo separa sparisce; la suppurazione si forma prontamente, e aprendo l'ascesso se ne vede uscire della marcia di ottima natura: il male fa il corso ordinario degli ascessi flemmonosi, e giunge in breve tempo alla guarigione. Se poi abbandoniamo a se medesimo un ascesso che è situato sotto la pelle della regione mastoidea, può, nel caso che non sia troppo voluminoso, aprirsi nel condotto auditorio, prima che la pelle sia assottigliata e rotta, allora la marcia scola dall' orecchio, la pelle si abbassa senza riattaccarsi alle parti sottoposte, e la malattia si converte in fistola che fa colare le materie nel condotto auditorio. Si conosce che un tale scolo è prodotto da questa sorgente per mezzo delle circostanze commemorative, e dallo stato della pelle che ricuopre la regione mastoidea. La guarigione di questa fistola si ottiene col praticare ai tegumenti, sollevati dalla marcia che si procura di ritenere riempiendo il condotto auditorio con delle fila, un incisione piuttosto grande a fin che la materia possa avere un libero scolo al di fuori.

Gli ascessi della regione mastoidea collocati sotto le aponeurosi dei muscoli, sono preceduti ordinariamente da dolori acuti in tutta la testa. La parte malata è rossa e distesa, i dolori sono lancinanti e pulsativi; la febbre è di poca entità, ma è accompagnata da brividi irregolari. Varj malati non possono dormire; altri restano assonnati, e dormendo, soffrono dei moti convulsivi alle gambe, ai bracci, e in particolar modo alle labbra e ai muscoli delle mascelle. Il tumore che ha maggiore estensione in lunghezza che in elevatezza, si rammollisce, e vi si manifesta la fluttuazione.

Aprendo questi ascessi, d'ordinario si trova l'osso denudato dal suo periostio e cariato oppure necrosato. Prima, l'alterazione dell'osso veniva attribuita al troppo lungo soggiorno della marcia, e alla di lei azione sul periostio e sull'osso stesso; ma oggi giorno si crede generalmente, che la marcia che contiene un ascesso, non abbia qualità nocive, e che per quanto lungamente soggiorni sopra un osso, non ne stacchi mai il periostio e mai ne alteri la sostanza, dimodochè, quando nell'aprire un ascesso situato sopra un osso qualunque, si ritrova questi cariato o necrosato, ciò dipende perchè la sostanza ossea e il periostio sono stati primitivamente affetti, l'ascesso fu l'effetto e non la cagione dell'alterazione dell'osso. Nel caso di cui ora si tratta, sordi dolori per lo spazio di più mesi, che poi si fanno vivi ed acuti, annunziano che la sede primitiva del male esiste nella porzione mastoidea del temporale, e che le parti molli non sono state affette che consecutivamente. Si sono veduti degli ascessi situati sulla regione mastoidea disparire e rimostrarsi tutto ad un tratto, e specialmente rendersi apparenti e ingrossare mentre il malato, chiudendo la bocca e comprimendo colle dita le narici, soffiava onde forzare l'aria ad uscire dagli orecchi: tali fenomeni mostrano che il cranio è bucato, e che la materia rifluisce sulla dura-madre.

Gli ascessi della regione mastoidea si osservano a qualunque epoca della vita, e possono riconoscere per causa dei colpi dati sulla testa; ma più spesso però si sviluppano spontaneamente e dipendono da causa interna, come il *virus* venereo, quello del vajolo o della rosolia, un vizio reumatico, ec. Tali ascessi sono di maggiore o minore gravezza, secondo che la marcia ha sede sotto i tegumenti, sotto le aponeurosi dei muscoli, o sotto il periostio; e secondo che l'osso è semplicemente denudato, oppure che è cariato o necrosato a una profondità più o meno grande. Lasciando questi ascessi in balìa di se stessi, scoppiano spesso nel condotto auditorio, e la materia che racchiudono scola dall'orecchio;

ma siccome l'apertura non è nè abbastanza grande, nè bastantemente ben situata onde la marcia possa uscire per intiero, rimane essa fistolosa, sì che lo abbiammo accennato, e la materia dura a sgorgare dall'orecchio fintanto che si sia fatta alla pelle un apertura bastantemente grande onde vuotare completamente il deposito purulento.

Questi ascessi devono essere aperti appena che la fluttuazione si fa sensibile; ed anche prima che siasi renduta manifesta, bisogna incidere i tegumenti qualora esista ingorgo e rossore, e dei sordi dolori e profondi si facciano sentire da lungo tempo. Un taglio longitudinale, che abbia un estenzione proporzionata al volume del tumore, basta nel caso che l'ascesso sia situato immediatamente sotto la pelle, e l'osso non sia alterato; ma quando la marcia si è formata al disotto delle aponeurosi dei muscoli, e l'osso è alterato, bisogna fare un incisione in croce per scoprire l'osso in tutta l'estenzione che occupa il male. Nel primo caso, l'affezione fa il corso ordinario dei flemmoni, e una medicatura fatta con dei piumaccioli coperti di unguento digestivo semplice, o di cerotto, è sufficiente per condurla ad ottima guarigione; nel secondo caso poi, il corso della malattia varia, e la condotta da tenersi dal chirurgo deve essere subordinata alla specie e alla profondità dell'alterazione dell'osso. Allora quando è soltanto denudato, ora si cuopre di bottoni carnosi senza esfoliarsi, ora questi bottoni non si mostrano che dopo l'esfoliazione. Quando è necrosato, bisogna aspettare che la porzione morta si stacchi da per sè. In qualche caso l'esfoliazione si fa prontissimamente dopo che è stato aperto l'ascesso, giacchè era essa incominciata da lungo tempo; altre volte non ha luogo che in capo a diversi mesi, ed anche a un anno. In qualunque circostanza, convien tenere slontanati i labbri della ferita; mentre riunendosi troppo presto, avrebbe luogo un nuovo ascesso. Trattandosi che l'osso sia cariato, si ricorrerà al rastiatojo, al trapano oppure al cauterio at-

tuale, secondo l'estenzione e la profondità della carie, o anche s'ingrandirà il pertugio che essa ha già fatto, per mezzo del coltello lenticolare o della foglia di mirto. Di qualunque natura siasi l'alterazione dell'osso, non otterremo una completa guarigione che allora quando sarà stata separata o distrutta tutta la porzione affetta, e che dei bottoni di carne si saranno formati sulla superficie sana dell'osso.

La marcia che fluisce dall'orecchio proviene talora dalla cassa del tamburo, che communica col condotto auditorio: la membrana del timpano viene ad essere allora perforata o distrutta. Si giudica che la marcia viene dalla cassa inconseguenza dei profondi dolori che ne hanno preceduta l'origine, per mezzo dell'abbondante suppurazione, dell'uscita di uno o più ossi dell'udito e di qualche lamina ossea, per mezzo del passaggio nella bocca posteriore di un liquido iniettato nel condotto auditorio, per mezzo in fine dell'uscita dell'aria dall'orecchio, allora quando il malato espira fortemente a bocca e naso serrato. La marcia che si accumula nella cassa del tamburo, e che esce poi dal condotto auditorio, può derivare da varie sorgenti delle quali parleremo fra poco nel trattare delle malattie dell'orecchio interno.

Malattie della Membrana del Timpano.

Corpi solidi, acuti o spuntati spinti troppo oltre nel condotto auditorio, possono forare o lacerare quella membrana che separa l'orecchio esterno dall'interno. La rottura di questa membrana può anche essere prodotta dall'aria spinta nella tromba di Eustachio nel caso di starnuto o nel soffiarsi fortemente il naso, tenendo serrata la bocca e il naso; un tale accidente può avvenire eziandio in seguito di suppurazione esistente nella membrana stessa, o che si è stabilita nelle parti prossimiori. Si riguarda pure come causa di laceramento della membrana del tamburo, un fortissimo romore e l'agitazione dell'aria esterna; ma se queste due cause

hanno prodotto talvolta la sordità, deve ripetersi piuttosto dall' azione che hanno esercitata sul nervo dell'udito di quello che sia sulla membrana del timpano. La perforazione di questa membrana è stata, ultimamente, oggetto d'indagini pel Sig. Ribes. Alle già note cause di questa perforazione, egli ne ha aggiunte due altre di cui nessuno ha parlato: ha incontrato sul cadavere una piccola apertura situata nel centro presso a poco della membrana, che corrispondeva alla proeminenza che forma l' estremità inferiore del manico del martello; e presume che questa parte del martello si distacchi, in virtù di una causa qualunque, spinga in fuori e logori il punto della membrana col quale è in contatto. Tale specie di perforazione è molto rara; il Sig. Ribes non l' ha incontrata che due sole volte. L'altra è assai più frequente, ed ha avuto luogo di osservarla in un numero grande di cadaveri. È dessa l' effetto dell' azione del cerume accumulatosi, e condensato nel condotto auditorio. Questo umore nei vecchi prende bene spesso molta consistenza, diviene duro e produce sulla fine membrana, colla quale è a contatto, il medesimo effetto di un corpo estraneo che la comprimesse. Le lamine della membrana rimangano successivamente logorate dal centro alla circonferenza e dal di dentro al di fuori. L' apertura da primo è piccolissima; il Sig. Ribes l'ha talora trovata del diametro della testa di uno spillo; ed altre fiate che occupava la metà, i tre quarti, o anche quasi la totalità della membrana; in questo ultimo caso, non rimaneva più che un cerchio membranoso frangiato, e logorato a bietta, come lo sono qualche volta le ossa in conseguenza di aneurismi. Quando la membrana è in totalità distrutta, il tappo costituito dal cerume s' interna nella cassa del timpano, e gli ossetti vi s' impiantano. Sarebbe quasi inutile il dire che onde prevenire che la membrana del tamburo rimanga logorata dal cerume concolto e condensato nel condotto auditorio, bisogna togliere il più presto che fare si possa, quella specie di tappo che riempie questo condotto, servendosi a questo fine di quei

mezzi che abbiamo indicati. Ma allorchè la membrana è distrutta affatto, la malattia è superiorc a qualunque rimedio. Il distacco del manico del martello, che è una delle cause che il Sig. Ribes ha annoverate fra quelle che possono produrre qualche volta la perforazione del timpano, non richiede e non ammette cura di sorte alcuna.

Gli effetti che produce la perforazione della membrana del timpano riguardo all'udito variano coll'estenzione dell'apertura. Nel caso che sia piccolissima è che sia fatta da stromento pungente, ne deriva soltanto una maggiore o minore durezza nell'udito; talvolta anche l'udito si ristabilisce in capo a qualche tempo. Così poi non accade allora quando l'apertura è considerabile, e particolarmente nel caso in cui la membrana è quasi affatto distrutta; l'udito allora è perduto in totalità, o alterato grandemente, sia perchè le parti rinchiuse nella cassa del tamburo non essendo più garantite dall'impressione dei corpi estranei, perdono le necessarie condizioni per l'esercizio delle loro funzioni, sia perchè le impressioni prodotte dai corpi suonori non vengono più opportunamente communicate alle parti interne dell'organo dell'udito.

Ciò che è stato detto del rilasciamento e del distendimento della membrana del timpano, a fine di spiegare la percezione dei suoni acuti e dei gravi, ci sembra meramente ipotetico. Willis racconta (1) che un uomo non poteva ascoltare ne darsi alla conversazione che quando suonavano le campane di una vicina chiesa. Parla eziandio di una donna che non riotteneva la facoltà d'intendere che, dopo che il suono del tamburo le aveva risvegliato l'organo dell'udito. Si azzarderà intanto concludere con Willis che nei due casi ricordati, la membrata del timpano fosse rilasciata, e oseremo dedurnel'esistenza di una tale speciedi malattia?

---

(1) De Anima Brutorurum cap. XIV, p 198.

La membrana del tamburo và soggetta pure a diverse altre affezioni come per esempio all' infiammazione, all' ingrossamento all' indurimento, ec., ma la diagnosi di queste affezioni è talmente incerta che credo opportuno di non entrare in verun dettaglio a questo riguardo.

Malattie della Tromba di Eustachio.

La comunicazione dell'aria esterna con quella della cassa del tamburo è assolutamente necessaria pel meccanismo dell' udito. Risulta da questo che ogni qualvolta la tromba di Eustachio si trova ingorgata, ostrutta oppure obliterata, l' udito diventa duro o si perde affatto.

L' infiammazione della gola e delle fosse nasali, nel caso che si estenda alla membrana che riveste la tromba, il cumulo e il condensamento del muco che queste membra fornisce, e anche la presenza di un corpo estraneo, l' ingorgo e l' esulcerazione delle pareti del condotto, qualche tumore nelle circonvicine parti, la tumefazione eccessiva delle glandule amiddali, ecco le cause ordinarie dell' ostruzione della tromba di Eustachio. Questo condotto può eziandio mancare, o essere obliterato per vizio di conformazione; ma ben di rado l' atturamento della tromba deve ripetersi da una di queste due cause; proviene anzi quasi sempre da qualche ulcera venerea che abbia corrosa una porzione delle di lui pareti, e dato luogo alla loro adesione. Si conosce che la durezza dell' udito, la sordità, il mormorio e il tinnito, che vengono dietro ordinariamente a questi accidenti sono l' effetto dell'ostruzione o dell' abliterazione della tromba di Eustachio, dai sintomi e dalla sede dell'affezione concomitante, come pure in conseguenza di aver esaminata la bocca e aver conosciuta l' impossibilità del malato di far penetrare l' aria nella cassa del tamburo, per mezzo infine di una forte espirazione a bocca e naso serrato. L' ostruzione che è l' effetto di un altra malattia cessa colla guarigione di questa; infatti a misura che la tromba

riacquista il suo diametro ordinario, l' udito si ristabillsce a poco a poco e ritorna allo stato naturale. Quando la durezza dell'udito e la sordità si sono manifestate grado a grado in una persona attempata, che non sia attaccata da malattie capaci di portare la loro azione sulla tromba eustachiana, si può presnmere che questo condotto sia intasato dal muco condensato, e tentare si può di deostruirlo coll'injettarvi un qualche liquido. Siamo debitori di un tal metodo a un uomo che non era dell' arte. Nel 1724, il Sig. Guyote maestro di posta a Versailles, dopo avere usato inutilmente per vincere una ostinata sordità gran quantità di rimedj, e in seguito di aver fatto uno studio accurato dell'orecchio, immaginò d'injettarsi dell' acqua nella tromba di Eustachio. A quest' effetto fece fare un adequato schizzetto, e per mezzo di tali injezioni riacquistò la facoltà d' intendere. Si può vedere la descrizione e la figura di un tale schizzetto nella seconda edizione del *Trattato dei Stromenti di Chirurgia* di Garangeot. L' uso di un simile stromento è molto incomodo e assai difficile. Il tubo destinato ad entrare nell' orificio della tromba s' introduce in bocca; passa al disopra del velo palatino, e non essendo fisso, i moti involontarj cui dà luogo la di lui presenza, devono facilmente reviarlo.

È cosa più comoda il fare delle injezioni nella tromba di Eustachio dal naso di quello che sia dalla bocca. L' orifizio di questo condotto, essendo situato al disopra del meato inferiore delle fosse nasali, permette con facilità d' introdurre il sifone di uno schizzetto nella tromba. Questo sifone deve avere una linea e mezzo di diametro e quattro pollici di lunghezza, le sei ultime linee saranno curve, formando un angolo di 136 gradi. All' opposta estremità porterà egli il cavo di una vite per essere innestato alla vite dello schizzetto. Una piccola placca corrispondente alla concavità dell' altra estremità del sifone servirà per farne conoscere la situazione nell'essere nascosta nella narice. Ecco in qual modo conviene situare il sifone: s' introduce

orizzontalmente nelle fosse nasali, facendogli attraversare la lunghezza tutta del meato inferiore, dirigendo in alto la convessità Allorchè è arrivato all'estremità posteriore del meato, sotto il velo pendulo palatino, se gli fa fare un piccolo moto di rotazione, per mezzo del quale la di lui estremità si rivolge in alto e infuori verso l' orifizio della tromba nel quale si fa penetrare spingendo alquanto lo stromento. Si potrebbe eziandio introdurre il sifone nella fossa nasale dirigendo in alto la concavità della sua curva, e girandola poi in fuori quando la di lui estremità fosse giunta al disopra del velo palatino. Siamo avvertiti della penetrazione dello stromento nella tromba eustachiana, dalla di lui direzione, dalla di lui immobilità e da una sgradevole sensazione cui va soggetto il malato nell'interno orecchio. Allora si accomoda al sifone lo schizzetto pieno d'acqua tiepida, di cui si fa l' injezione. Non bisogna spingerla però con molta forza, per timore che non urti le parti contenute nella cassa, e non rifluisca in gola.

Non costa molta difficoltà il penetrare nella tromba di Eustachio coll' estremità del sifone, introducendola dalla fossa nasale; ma questa introduzione eccita un non piacevole solletico, dei starnuti e del dolore. In taluni soggetti l' introduzione del sifone addiviene difficoltosissima e tal ora anche impossibile, per motivo della gran sensibilità della membrana pituitaria, della posizione molto bassa del cornetto inferiore, e di altre circostanze relative alla forma e alla grandezza del meato inferiore oppure della tromba, e che è impossibile il prevedere

Del resto, si capisce senza fatica che le injezioni nella tromba eustachiana non possano convenire che nel caso in cui la sordità dipenda dall' ostruzione di questo condotto, che è probabilmente il caso nel quale trovavasi il maestro di posta di Versailles, e le altre persone relativamente alle quali si racconta il ricuperamento dell' udito con questo mezzo. Si è creduto che queste injezioni possano essere utili in diverse malattie dell'orecchio

interno, si che le infiammazioni, gli ascessi, la carie, ec., ma i vantaggi che ricavare se ne possono, sono troppo incerti, e queste istesse malattie troppo oscure onde determinare ci dobbiamo a ricorrervi.

È stato proposto un più semplice mezzo per introdurre un qualche fluido nella tromba di Eustachio. Consiste questo nell'empire il naso e la bocca del malato di una gran quantità di vapore d'idromele, e spingerla poi nelle trombe in tempo di una forte espirazione, tenendo chiuso la bocca e il naso. Un tal mezzo è anche meno efficace dell'altro; non potendo esercitare la sua azione che sul muco non condensato, il quale, onde escire dalle tromba non abbisogna che del proprio peso. D'altronde tal genere di medicatura non potrebbe forse produrre un effetto contrario a quello che ci proponiamo, collo spingere il muco in fondo alla tromba e fino nell'orecchio interno; coll'intercettare invece di desostruire?

L'obliterazione della tromba di Eustachio, e la di lei assenza, per vizio di conformazione, sono due malattie al disopra di ogni potere dell'arte. Nulladimeno è stato proposto, per rimediare alla sordità che ne è la consegnenza, di ristabilire la communicazione dell'aria esterna con quella della cassa del tamburo, e ciò forando la membrana del timpano, o praticando nella porzione mastoidea del temporale un apertura che comunichi colle cellule che racchiude.

Il Sig. Astley Cooper, celebre chirurgo di Londra, è il primo che abbia bucata la membrana del timpano per guarire la sordità proveniente dall'obliterazione della tromba di Eustachio. Egli diede la descrizione del suo metodo, e fece conoscere i vantaggiosi risultati che si ottengono nella pratica di esso, nelle *transazioni Filosofiche,* fascicolo del mese di giugno 1801. Dopo di lui, varj chirurghi Francesi, d'Inghilterra e di Germania hanno messo termine diverse volte alle sordità colla perforazione della membrana del timpano. Non si può dubitare in verun modo di tali eventi favorevoli;

ma credere non possiamo che siino stati di lunga durata. Ed infatti, come mai giungere ad ottenere che il piccolo pertugio praticato nella membrana non si richiuda? e nel caso che l' apertura sia alquanto larga, quali mezzi impiegare onde non rompere il manico del martello, e non distrugge la fine e delicata membrana, sulla quale si opera? Le esperienze che sono state istituite sugli animali vivi, non servono a nessuna prova: quegli animali che dopo un tal cimento, sono rimasti dotati della facoltà di sentire, doverono ripeter ciò probabilmente dalla riunione della ferita fatta nella membrana. Pur non dimeno siccome la perforazione della membrana del timpano non può dar luogo a gravi accidenti, crediamo opportuno di dovere indicare il modo di praticarla. Fà d' uopo prevenire però coloro che volessero farne uso, che prima di determinarvicisi è necessario acquistare la certezza che il nervo acustico non sia paralizzato, e che la sordità è semplicemente un effetto dell' otturamento della tromba eustachina.

1.° La tromba è aperta se la persona che è sorda si accorge di una specie di gonfiezza nell'orecchio, quando soffia fortemente avendo la bocca e il naso serrati. Allora è inutile la perforazione.

2.° Il nervo auditorio è sicuramente affetto quando il malato, non può sentire i battiti di un oriolo situato fra i denti del medesimo, e se resta insensibile ad ogni sorta di romore. In questo caso pure la perforazione non può avere un risultato.

3.° La tromba è probabilmente obliterata, quando la sordità è stata preceduta da frequenti infiammazioni gutturali e tonsillari.

4.° E se il malato non risenta nella testa quella specie di romore che è cagionato dalle sordità che dipendono dall' affezione dei nervi.

All' effetto di bucare la membrana del timpano, si fa uso di un trovacarte leggermente curvo, il di cui fusto, che deve avere due pollici e mezzo di lunghezza e una linea di diametro, non deve sopravvanzare la cannula

che un ottava parte circa di pollice. L'estremità della cannula è tagliata un poco obliquamente dalla convessità alla concavità onde possa applicarsi, con tutti i punti della circonferenza, sulla membrana del timpano. Il malato seduto davanti a una finestra che abbia molta luce, piega la testa dal lato opposto a quello che deve andar soggetto all'operazione, appoggiandola sul petto di un astante; questi appoggia una mano sulla tempia, e coll'altra alza il padiglione dell'orecchio per fare sparire la curva della porzione cartilaginea del condotto auditorio. Il chirurgo, dopo aver tirata la punta del troacarte dentro la cannula, immerge leggermente nell'orecchio l'istromento, avvertendo che la concavità del medesimo sia rivolta in basso e appoggiata sulla parte inferiore del condotto auditorio; appena che sente di toccare la membrana, prende la cannula col pollice ed indice della mano sinistra, la tiene ferma ed intanto colla mano destra spinge il troacarte e traversa la membrana nella sua parte inferiore e anteriore. Generalmente parlando, questa operazione è poco dolorosa, onde quei malati che la sopportano in un orecchio, non esitano un momento perchè venga praticata sull'altro. Sgorgano appena poche goccie di sangue, a meno che l'istromento non abbia interessate altre parti oltre la membrana del timpeno. Ma o l'istromento abbia limitata la sua azione su questa membrana, o abbia ferita la parete interna della cassa del tamburo, in qualunque caso la perforazione non è accompagnata da accidenti gravi.

L'uso però di una tale operazione non fu limitato unicamente contro la sordità prodotta dall'atturamento della tromba eustachiana; fu pure consigliato contro quella che vien dietro all'indurimento della membrana del timpano, all'accumulazione nella cassa, di sangue, di mucco o di una materia terrea. Ma supponendo anche che la perforazione della membrana del timpano potesse essere utile in questi casi, come mai potere riconoscerli?

L'operazione di cui si parla ha subito l'istesso

evento della maggior parte dei nuovi ritrovati in medicina. Appena il Sig. Cooper l'ebbe pubblicata, il maggior numero dei Chirurghi amanti della nuovità colsero tutte le occasioni possibili per metterla in uso, e si dettero molta cura di riempire i giornali di quei favorevoli successi che dicevano di averne ottenuti. Ma quanto prima l'entusiasmo rimase assopito, e il tempo, giusto apprezzatore di ogni cosa, diede, alla perforazione del timpano il giusto valore che se gli competeva. Sembra che l'istesso Cooper lo abbia abbandonato; almeno così siamo portati a credere dietro il silenzio del Sig. Roux a questo proposito, nell' opera interessante che ha data alla luce col titolo di: Relation d'un Voyage fuit a Londres en 1814.

Tutte le operazioni chirurgiche aver devono un certo grado di certezza. Non basta poterle fare senza pericolo; bisogna ancora che offrino moltissima probabilità di esito felice. Il nessun pericolo da cui sono accompagnate non è una salva guardia per la scienza, che viene sempre compromessa da una operazione infruttuosa. Io sono prevenuto contro tutte le operazioni le quali avendo per scopo il ristabilimento delle funzioni di un dato organo, apportano detrimento alla struttura di esso e distruggono una qualche condizione indispensabile all' esercizio delle di lui funzioni. Per questo adonta che io abbia avute frequenti occasioni in cui si potesse praticare la perforazione della membrana del timpano, nondimeno ho fatta questa operazione una sola volta; e si aggiunga di più che mi vi determinai non tanto con la speranza di ottenerne favorevole successo, quanto per condiscendere alle preghiere che mi erano dirette dal padre della malata. Si trattava di una giovine signorina sorda dell' età di sediei in diciassette anni, alunna del Sig. Abate Sicard. Essa non era già nata priva dell' udito; ma aveva compiti due anni quando la facoltà di sentire in lei si estinse dopo avere sofferta la rosolia. Esistevano in lei tutti quei fenomeni che fanno sospettare che la sordità dipende dall' obliterazione della

tromba di Eustachio. Forai le due membrane del timpano; ma questa operazione non sortì evento alcuno.

La perforazione dell'apofisi mastoidea del temporale è stata proposta, non solamente per combattere la sordità dipendente dall' obliterazione della tromba eustachiana, ma eziandio contro qualunque genere di sordità che si presuma dipendere da causa esistente nella cassa del tamburo. Si è dunque pensato che una tale operazione possa essere utile, 1.° quando una materia acre, irritante è trattenuta nelle cellule mastoidee, o nella cavità del timpano; 2.° allora quando il mucco il quale, in stato di salute, lubrifica queste piccole cellette, si accumula e si condensa; 3.° nel caso che una percossa o qualunque altro siasi accidente abbia determinato uno stravaso sanguigno in queste cavità; 4.° per detegere o distaccare la carie dei piccoli ossi dell' udito (1); 5.° onde rammollire le membrane e le altre parti molli della cavità del tamburo, e ridonare l' opportuna elasticità alle articolazioni degli ossi dell' udito (2).

Praticando la perforazione dell' apofisi mastoidea per guarire la sordità che dipende dall' obliterazione della tromba eustachiana non bisogna attendere dei risultati più felici che quelli ottenuti colla puntura della membrana del timpano, e poi la prima non ha come l' altra il vantaggio di non dar luogo a pericolosi accidenti. Si trova scritto nell' Almanacco di Gruner, per l' anno 1792, che il Dottore Jeanjust, medico del Re di Danimarca, morì il dì 16 di Marzo, fra i martirj occasionatigli dall' operazione della perforazione dell' apofisi mastoidea, che era stata eseguita dal professore Koelpin onde guarirlo della sordità.

Riguardo poi alle altre malattie dell' orecchio contro

---

(1) S' incontrano osservazioni di carie dei piccoli ossi dell' udito in Cassebohm, *de Aure Tract.* IV, p. 62, e nell' opera di Valsalva, *de Aure humanâ*, p. 10.

(2) Hoffmestier ricorda l' esempio di un anchilosi dei piccoli ossi dell' udito, nella sua Dissertazione, de Organo Auditus et ejus vitiis. Leida, 1741.

le quali si credè che il forare l' apofisi mastoidea possa essere utile, mentre è impossibile di ravvisare i segni i quali indicano che la sordità proviene da tali malattie, bisognerebbe essere imprudenti o temerarj per mettere in pratica un operazione di cui è probabile il pericolo è molto incerto l' evento. L' unico caso che potrebbe giustificarne l' uso, sarebbe quello in cui l' apofisi mastoidea fosse cariata, e le cellule e la cassa del timpano fossero ripiene di una materia saniosa e irritante; osservando però che allora nemmeno affrettarsi conviene a operare, poichè si contano diversi esempj di esfoliazione dell' apofisi cariata, e dell' uscita del pus contenuto nella cassa del tamburo. Del resto poi, in tal caso, come anche in quello in cui si è stimato convenevole di perforare l' apofisi maetoidea, bisogna fare delle injezioni nel timpano, guardando bene di servirsi di uno schizzetto il di cui tubo riempia esattamente l' apertura dell' osso, la materia iniettata esce ordinariamente dalla tromba di Eustachio; ma non conviene che sia spinta con troppa forza, se in particolare s' incontra della resistenza; mentre rompere si potrebbe la membrana del timpano, e irritare o disorganizzare le parti che racchiude.

Malattie della Cassa del Tamburo.

Va soggetta ad infiammarsi la membrana che riveste la cassa del tamburo, nell' istesso modo di tutte le altre membrane del corpo. Una tale infiammazione o può soltanto attaccare questa membrana, o comprendere anche quella che ricuopre le cellule mastoidee e la tromba eustachiana. Essa è ora lieve ora intensa. Nel primo caso, e non essendo estesa che alla cavità del timpano, dà luogo a sordi e profondi dolori, a soffrire della tensione e ad un certo tinnito; sintomi però che d' ordinario il malato poco apprezza, e che soffre senza esserne molto incomodato. Allorachè poi l' infiammazione è più considerabile, e che si estende fino alla tromba, i sinto-

mi hanno maggiore violenza; il dolore è vivo e communicasi fino alla gola; è penibile la deglutizione, e desta un sentimento di erosione dalla parte dell' orecchio malato. Anche i più piccoli conati di tosse, il soffiarsi il naso e lo starnutare cagionano dei dolori in questa parte; difficoltosi addivengono i moti di rotazione della testa; l' udito si fa duro, e rimane sospeso del tutto, specialmente sul finire del male. Talvolta esiste la corizza, altre fiate una tosse secca e frequente, dolori alla testa, e nella sera febbre. Questi sintomi non tardano quindi a diminuire, tranne la durezza dell'udito, che quando esiste, va sempre crescendo fino al quindicesimo o ventesimo giorno. A quest' epoca si dilegua ordinariamente da per se, eccetto il caso in cui qualche circostanza particolare costituisce la flogosi di cronica natura.

Finalmente, quando l' ottitide è al maggior grado d'intensità, dolori eccessivi nel timpano, che si estendono a tutta la testa, la febbre, la veglia, il delirio, moti convulsi, qualche sincope, talvolta la frenesia e degli attacchi epilettici, si riuniscono ai sintomi che abbiamo superiormente indicati. È stato osservato persino che la morte susseguì in qualche caso a questa flogosi violenta. Ma communemente lo sgorgo pronto è abbondante di materia sierosa e fetida dal condotto auditorio, o dalla tromba eustachiana, tronca istantaneamente il corso a qualunque accidente.

L' infiammazione della membrana che riveste il timpano, alla quale sono più di frequente esposte quelle persone che vanno sottoposte a delle flussioni, può dipendere da un colpo di sole, dalle intemperie dell'aria, dalla presenza di un corpo irritante nell' orecchio, dall'imprudente applicazione di diversi medicamenti oleosi e spiritosi, dal ristagno di un qualche scolo abituale da metastasi, dalla crise di acuta malattia, ec.

Il termine di una tale infiammazione è la risoluzione o la suppurazione. Nel primo caso, i sintomi cui da luogo svaniscono grado a grado, e l' udito che era divenuto duro, con maggiore o minor lentezza si

ristabilisce. Nell'altro, la marcia accumulatasi nella cassa esce qualche volta dalla tromba di eustachio; ma ordinariamente si fa strada a traverso la membrana del timpano, e fluisce dal condotto auditorio, portando seco, bene spesso i piccoli ossi dell'udito. In principio essa è sierosa, abbondante e fetida; poi si condensa alquanto, perde qualunque odore, e diminuisce a poco a poco di quantità. Quando inoltre la membrana infiammata ritorna al primiero stato naturale, in capo ad un certo dato tempo di maggiore o minore durata, lo scolo che aveva luogo dall' orecchio sparisce, e l' organo si ristabilisce; pur non ostante l'udito rimane spesso duro molto, allora quando in specie taluno dei piccoli ossi della cassa è venuto fuori. Se poi quella membrana che è stata sede dell'infiammazione si è ingrossata, o esulcerata, e sopra tutto se le pareti della cassa sono cariate, lo scolo purulento dell' orecchio si fa abituale, e non è possibile di arrestarlo. Già sarebbe anche pericoloso il farlo dopo che data da epoca lontana; giacchè le affezioni comatose, l' apoplessia ed anche la morte esserne potrebbero l'effetto. Quando le pareti della cassa non sono interessate, lo scolo non cagiona molto incomodo; e può durare per tutto il tempo della vita. Ma allorachè queste pareti sono affette da carie, succede qualche volta che essa si estenda fino al laberinto, che distrugge parzialmente o in totalità; e allora se i malati non soccombono, l' udito è affatto perduto. Altra volta la carie porta i suoi disastri anche più lontano; distrugge la porzione pietrosa del temporale estendesi fin dentro al cranio ove si sparge la marcia, la dura madre o il cervello ne restano alterati, e il malato muore.

Siccome l' infiammazione della membrana che ricuopre la cassa del timpano, quando è troppo intensa può dar luogo a gravi sconcerti, mai saremo imputati di troppa sollecitudine nell'adoperare quei mezzi che possono arrestarne i progressi e favorirne la risoluzione. Questi mezzi intanto sono il salasso dal braccio e dal piede, l' applicazione delle mignatte dietro l' orecchio,

le bevande diluenti e dolcificanti, la dieta la più rigorosa: esternamente i rimedj rilascianti e anodini, sicchè le injezioni d'acqua d'altea, il latte canforato, o in cui sia stato messo in infusione del zafferano, l'olio di giglii o di amandorle dolci, ec. Si può anche applicare sull'orecchio, dopo averlo chiuso con del cotone o della lana untuosa, un impiastro emolliente di farina di semi di lino e acqua d'altea, o di midolla di pane, latte e un pizzicotto di zafferano polverizzato. Spessissimo basta eziandio, onde apportare qualche sollievo al malato, d'introdurre nel condotto auditorio, per mezzo di un cornetto, i vapori di un qualunque siasi decotto emolliente. Finalmente, in caso di eccessivi dolori, si può versare nell'orecchio una misce d'olio di gigli o amandorle dolci e di laudano, o farvi penetrare i vapori di decotto di morella o di giusquiamo. Bisogna però essere cauti usando l'oppio; l'applicarlo per tropo lungo tempo potrebbe portare dell'alterazione nella sensibilità dell'udito.

Se ad onta dell'applicazione di questi rimedj i colpi lancinanti seguitano o si fanno più intensi, la suppurazione è inevitabile; la marcia si fa strada quanto prima a traverso la membrana del timpano, e fluisce dall'orecchio. In tal caso fa d'uopo praticare, interpolatamente nella giornata, delle injezioni nel condotto auditorio, con acqua d'orzo e miele rosato. Cessati i dolori, che la marcia siasi fatta di buona natura e diminuitane sia la quantità, tentare possiamo di cicatrizzare l'esulcerazione che la prepara, adoperando delle injezioni d'acqua di Balaruc, de Barége, de Bagnéres, il decotto d'agrimonia, d'aristologio, d'ipericon, ec., al quale si unisce un poca d'acqua vulneraria o del balsamo del Commendatore. Con questi mezzi, e con l'uso dei rimedj interni appropriati allo stato del malato ed alla presunta causa della malattia, si giunge talvolta a far seccare lo scolo, ed a restituire all'organo dell'udito la pristina integrità o una parte almeno delle facoltà che possedeva Ma più sovente accade che lo scolo continua: si osservi però che sa-

rebbe pericoloso l'arrestarlo quando è di antica data. Allora bisogna limitarsi dunque a quelle cure che richiede la pulizia, e di continuo tener tappato l'orecchio con del cotone onde impedire che l'aria ammosferica agisca sulle parti malate.

Gli ascessi che vengono sulla regione mastoidea del temporale, dietro l'orecchio, quasi sempre dipendono dall'alterazione dell' apofisi mastoidea. Quando l'alterazione è situata profondamente, l'ascesso prima di manifestarsi al di fuori, può farsi strada dentro la cassa, la marcia percorrendo la tromba eustachiana colare nella faringe, o uscire dall'orecchio, dopo aver distrutta la membrana del timpano. Con tutto ciò, anche in simil caso, la malattia si mostra all'esterno in capo a qualche tempo, di cui non si può determinare la durata: in questo caso si manifesta un tumore dietro l'orecchio, che lentamente si sviluppa, e che è accompagnato da dolori pulsativi conviene aprirlo, e qualche volta malgrado le più assidue premure, il foro ne resta fistoloso. Diminuendo poi o cessando lo scolo della marcia che viene dalla fistola, e manifestandosi invèce qualche dolore di testa, di orecchio, ec., si procura di ristabilire lo scolo per mezzo di un trocisco caustico oppure di una tenta coperta di unguento epispastico.

Un ascesso formatosi nella parte posteriore di una delle amiddali, e in cui trovasi interessata la tromba di Eustachio, può benissimo aprirsi dentro questo condotto e riempire la cassa del tamburo, dalla quale il pus può scappare in seguito, fluendo dal condotto auditorio, dopo avere distrutta la membrana del timpano. Si conosce intanto che la marcia che sgorga dall'orecchio viene di dietro, ad una delle amiddali, dal gonfiamento di questa glandula, dai dolori di gola e dell'orecchio che precederono, dall'escita di una maggiore quantità di materie quando si comprime col dito la tonsilla interessata, d'altra parte poi non esiste all'esterno alcun punto la di cui compressione renda più abbondante lo scolo che si fa pel condotto auditorio; la tumefazione e il dolore di gola

cessano dietro l' appparizione della suppurazione dell' orecchio.

La cura deve essere limitata, in tal caso, a far uso frequente d'injezioni nell'orecchio onde lavare la cassa del tamburo e impedire il soggiorno della marcia in questa cavità. Lo scolo è però inesauribile tutte le volte che l'ascesso non scoppia in gola, in guisa tale che le injezioni fatte dal condotto auditorio possano cadere in gola. Conviene servirsi per tali injezioni, di uno schizzetto la di cui estremità terminando a forma di oliva, riempia l'orecchio tanto esattamente, che il liquido injettato con forza passi tutto nella tromba eustachiana.

La maggior parte degli autori sono di opinione che porzione della marcia accumulatasi nella cassa del tamburo possa venire dall'interno del cranio. E le ragioni sulle quali basano questa loro credenza, sono le alterazioni della parte pietrosa del temporale, trovate alla sezione dei cadaveri; la communicazione del laberinto e della cassa del timpano colla cavità del cranio; la lesione delle meningi e del cervello; l'assenza di qualunque siasi vizio notabile nell' orecchio esterno e nella bocca; le violente cefalalgie, la febbre, il delirio, l'assopimento che precederono lo scolo di marcia e di sangue dall' orecchio. Ma come è mai possibile di concepire che una suppurazione fattasi nell'interno del cranio possa cariare, distruggere la porzione pietrosa del temporale, e farsi strada dall' orecchio in vece di dar luogo alla morte? E più probabile assai che nel caso di si gravi disordini, il male abbia incominciato colla carie delle pareti del laberinto e della cassa, e che questa carie, prodotta da un vizio qualunque, siasi estesa a poco a poco verso l'interno del cranio, e abbia cagionati quegli accidenti che hanno fatto perire il malato.

Fra i liquidi che possono accumularsi nella cassa del tamburo non si annovera solo la marcia. Questa cavità è stata anche trovata piena di fluido sieroso, di sangue, e qualche volta eziandio di una materia solida, simile a del gesso. La sordità, o almeno una gran du-

rezza di udito è l'effetto inevitabile di tali effusioni, delle quali non si può sospettare durante la vita, e possono unicamente tenersi per certe alla sezione dei cadaveri. Dicasi lo stesso dell'ossificazione di quella membrana che unisce la base della staffa alla circonferenza della finestra ovale, come pure dell'ossificazione della membrana che ottura la finestra rotonda, dello slogamento degli ossi dell'udito, non meno che dell'anchilosi di essi.

Malattie del Laberinto e del Nervo Acustico.

Quella membrana che riveste le cavità che compongono il laberinto, può infiammarsi e suppurare; le pareti istesse di queste cavità possono essere affette da carie e distrutte in parte o in intiere; ma è impossibile di distinguere tali malattie da quelle della cassa del tamburo. Solo dopo morte col fare una scrupolosa e minuta sezione, si giunge a rintracciare la vera sede del male; e talvolta anche con queste indagini, siccome incontrasi la cassa è il laberinto alterati, non è possibile di determinare quale di queste due parti fosse primitivamente affetta. Già omai è certo, che o il male abbia cominciato dal laberinto, e siasi quindi esteso alla cassa del tamburo; oppure, e ciò sembra che accader deva più di frequente, abbia egli primieramente attaccata quest'ultima parte, e susseguentemente abbia investita anche la prima, i risultati sono sempre i medesimi: la sordità è inevitabile; ma si avverta che non è uno dei piu pericolosi effetti. Questa affezione si fa mortale in conseguenza dei progressi della carie, e, come abbiamo rimarcato, l'alterazione dell'osso, la sede e l'estenzione di essa non sono conosciute che dopo la morte. Lento assai è d'ordinario il corso della malattia. Varj malati, senza soffrir gravi dolori, hanno sopportato lungamente uno scolo purulento dall' orecchio; altri, nei quali la suppurazione si arrestò, perirono in mezzo a tutti i sintomi d'infiammazione cerebrale. In tal caso, sezionando i cadaveri,

è stato trovato cariato l'osso pietroso, e della marcia sopra la dura madre, nel cervello o nel cervelletto.

Il laberinto è pieno di un liquido alle di cui ondulazioni, si crede, che debba il nervo acustico le impressioni che trasmette al cervello. Se questo liquido soffre qualche alterazione, l'udito s'indebolisce o si perde. Ma come mai apprezzare le alterazioni dell'umore del laberinto, la diminuzione, l'eccesso e la mancanza di esso? Tutto ciò che dire si potrebbe su tal proposito non sarebbe basato che sopra delle ipotesi, e noi abbiamo fermamente stabilito di astenerci da tutto quanto è ipotetico.

Il nervo auditorio può indurirsi, disseccarsi, atrofizzarsi, essere compresso da qualche esostosi, da qualche tumore steatomatoso, scirroso, fungoso, o da qualunque altro tumore delle parti molli circonvicine; da effusione sanguigna o purulenta. In tutti questi casi, non potendo essere trasmessa al cervello l'impressione dei suoni, o tal fenomeno accadendo solo imperfettamente, la sordità è completa, o incompleta, secondo che la lesione del nervo è di maggiore o minore entità.

Dietro quello che abbiamo detto intorno alle malattie che assalgono le diverse parti dell'orecchio, chiaramente risulta, che queste malattie influiscono più o meno sulle funzioni di quest'organo, secondo l'interesse che prende ciascheduna parte nel meccanismo di esso. Evidente anche apparisce, che vi sono delle parti di quest'organo, le affezioni delle quali, ancorchè siano di conseguenza, pur non ostante non influiscono in modo veruno sopra le funzioni del medesimo; e che al contrario n'esistono altre, la più piccola alterazione delle quali basta per sconcertare l'udito o per dar luogo alla sordità. La durezza dell'orecchio e la sordità sono gli effetti i più comuni delle malattie che abbiamo descritte di sopra.

La sordità congenita và necessariamente accompagnata dal mutismo; non già perchè le persone sorde per nascita siino prive di voce, ma bensì perchè esse non possono imparare a parlare. Quei bambini, che non

essendo nati sordi, perdono accidentalmente l'udito nei primi anni della loro vita, dimenticano presto e le poche parole che avevano imparate, e perdono la rimembranza dei termini. La sordità per nascita dipende da cattiva conformazione dell'orecchio, che quasi mai si conosce, e che anche conosciuta è superiore ad ogni risorsa dell'arte. È dessa incurabile.

La sordità acquistata o accidentale è completa o incompleta. Nel primo caso, il malato non intende ciò che si dice, quantunque si parli ad alta voce. In caso di sordità incompleta, che chiamasi durezza di orecchio, il malato intende ciò che si dice vicino ad esso e ad alta voce. La sordità può dipendere da molte cause; ma non ci ha niente di più difficile che lo scoprirle in ogni caso particolare. La struttura dell' organo dell' udito è talmente complicata; si profondamente collocate le parti che lo compongono, che la diagnosi di quelle malattie alle quali ognuna di queste parti è esposta, rimane quasi sempre difficile e oscura. Da ciò nasce l'incertezza e l' insufficienza dei rimedj che impieghiamo.

Pur non dimeno, quanto più delicato è un organo, quanto più complicata è la conformazione di esso, quanto sono più numerose le lesioni e le cause per cui cade in infermità, tanto più guardarsi bisogna dall'abbracciare il cieco empirismo. Il Chirurgo dommatico solamente, conoscendo la fabbrica e il meccanismo dell' orecchio essendo istruito di tutti i sconcerti cui è sottoposto, e di tutte le cause che gli fanno nascere, egli solo, può, ad onta di tanta incertezza, conoscere qual cura meglio convenga ad ogni specie di sordità; egli accorda un giusto valore ai rimedj occulti o palesi che si vantano contro la sordità, e non ignora che, meno anche di qualunque altra, per questa malattia non vi sono specifici.

Quando la sordità é incompleta, si può rendere più facile l' udito col riunire e dirigere verso l' organo una maggior quantità di raggi sonori di quella che vi giunge nello stato naturale. Sono stati inventati a questo fine diversi stromenti acustici, che hanno tutti una

larga apertura per dare ingresso ad una massa considerabile di raggi sonori, un tubo stretto per riceverli e condurli nell' orecchio ove tutti questi raggi vanno a riunirsi, come in un medesimo fuoco. Il più semplice, quello che è più in nso e forse anche il migliore di tutti questi istromenti è un cornetto curvo, sia d' argento, di rame o di ferro.

La maggior parte delle malattie d' orecchio sono accompagnate da una sensazione particolare, che non è determinata da causa esterna e che i malati dicono essere un sibilo, un tinnito, un ronzio o un sussurio (sibilus, bombus, tinnitus, vel strepitus). Tal sintomo, di cui, non si può dare sodisfacente spiegazione e nulla aggiunge alla intensità del male, ma è cagione di noja ed importuna. Gl' ipocondriaci, e le donne isterique vi vanno sottoposte. Talvolta precede l'apoplessia, l'epilessia la frenitide, ec. Questi tinniti che accompagnano le malattie d' orecchio si guariscono colla guarigione di esse: quelli poi che derivano da generale affezione si dileguano con essa.

CAPITOLO II.

Delle Malattie del Naso e delle Fosse nasali.

Si tratterà in questo capitolo delle affezioni delle parti che formano l' organo dell' odorato. Parleremo dunque non solo delle malattie delle naso e delle narici, ma ancora di quelle dei seni che communicano colle fosse nasali.

ARTICOLO I.

Delle Malattie del Naso.

Il naso è composto di parti molli e di ossi. È esposto alle ferite, alle ulcere, ai tumori, alle fratture e alla carie. In altro luogo dell' opera abbiamo parlato,

della carie e delle fratture del naso : ci rimane ora a trattare delle altre malattie e di certi vizj di conformazione di questa parte.

Ferite del Naso.

Le punture del naso non sono comunemente gravi. Basta difenderlo dal contatto dell' aria col cuoprirle per mezzo di fila, o di drappo d' inghilterra. Se l' istromento pungente avesse rotti gli ossi del naso, una tal frattura si curerebbe nel modo che abbiamo esposto nel terzo volume di quest' opera.

Gl' istromenti taglienti possono o semplicemente dividere le parti molli del naso, o portarne via quasi affatto una porzione, o intieramente abbatterlo. Quando non vi è che un semplice taglio alle parti molli, si riunisce la ferita per mezzo dei cerotti agglutinativi o di una fasciatura. Qualora tali pratiche non bastino, si usa uno o più punti di sutura. Nel caso poi in cui le ferite di questo genere siino state trascurate, i labbri della divisione si cicatrizzano separatamente, e rimane una fessura nel naso, come se ne hanno degli esempj. Fra poco diremo qual metodo tenere per rimediare a si fatta difformità. Quando una porzione del naso è stata tolta quasi in intiero, e che non aderisce che alle parti adiacenti che per mezzo di una linguetta piccola, si deve intraprendere la riunione per mezzo di un numero sufficiente di punti di sutura. Ho curato un giovine di cui la parte cartilaginea del naso era stata quasi onninamente tagliata. Il peduncolo che la sorreggeva era largo appena una linea; tentai la riunione, che fu seguita da completo e sollecito evento. Quando l'obliazione di una parte del naso è completa, è egli possibile di ottenerne la riunione? deve essere tentata? Si tenne parola è vero di un fatto riportato da Garengeot, ammesso da qualchuno per reale, riguardato dalla moltitudine come inventato : ma però servire non potrebbe di base ad un precetto di chirurgia, in egual modo che insufficienti sono due o tre

istorie date recentemente alla luce, non meno della prima apocrife. Pur non dimeno, considerando che un tal cimento non può condurre a cattivo successo; che il naso è composto di cartilagini, di tessuto cellulare compatto e di membrane, parti tutte che tendono poco alla gangrena, mediante la piccola quantità di sughi che esse contengono, bisognerà convenire che se è possibile la riunione di una parte completamente distaccata certamente lo è per quella di cui trattiamo. In conseguenza il Chirurgo consultato appena l'estremità del naso fu demolita, non deve esitare un momento a ricollocarla e a mantenerla in sito per mezzo di qualche punto di sutura. Manterrà quindi intorno alla parte un moderato calore: e se in capo a cinque o sei giorni il lembo non si è agglutinato, sarà già in preda alla putrefazione; si ritirerà allora e si praticherà quella medicatura che conviene alle ferite che devono suppurare Le contusioni e le ferite contuse del naso nulla offrono generalmente di rimarcabile, se si esclude una gran tumefazione capace talvolta di produrre l'otturamento delle narici, e d'impedire all'aria di traversarle nell'atto della respirazione.

De la Motte parla di una divisione molto estesa delle parti molli del naso operata da un ferro incandescente. In tal caso messe a contatto i bordi della ferita, i quali dopo la caduta delle due escare superficialissime che esistevano, si consolidarono esattamente e senza lasciare traccie di difformità.

Tutte le volte che le ferite interessano la parte cartilaginea del naso, conviene riempire le narici con delle fila, dopo di avervi situata una cannula di gomma elastica per dar passaggio all'aria, e fa anche di mestieri di situare delle fila sulle parti laterali del naso onde impedire che sia schiacciato dalla fasciatura.

Tumori del Naso.

La resipola è il furuncolo attaccano spesse volte il naso. La pustola maligna vi si osserva talora. Queste malattie sono per queste parti ciò che sono per le altre. Tumori indolenti, della natura delle lupie si sviluppano sul naso, e qualche volta non si arrestano che dopo aver acquistato un enorme volume. Possono prendere origine da diverse parti del naso, e impedire coll' aumentare di volume non solo l' ingresso e l' uscita dell' aria, ma eziandio le funzioni delle parti circonvicine. In qualche circostanza diversi tumori si manifestano contemporaneamente o successivamente sul naso della medesima persona. Civadier (1) ne contò fino in cinque, il più considerabile dei quali aveva origine in uno dei lati della radice del naso, e cascava fino sul labbro inferiore, di modo che il malato quando voleva prendere cibo era obbligato di alzarsi il tumore. Era della forma e del volume di una pera; le altre erano meno grosse. Un altro soggetto (2) portava nella parte superiore delle due pinne del naso quattro tumori talmente voluminosi, che chiudevano le narici, cuoprivano affatto la bocca e oltreppassavano il mento. Non poteva respirare ne prendere gli alimenti che con estrema pena. L' uno di questi tumori era grosso quanto un uovo di gallina, due altri come il pugno, e il quarto aveva il doppio di volume.

Vi sono due mezzi per liberare i malati da tali tumori: si possono o distruggere per mezzo de caustici, o farne l' ablazione per mezzo della legatura oppure del coltello.

I caustici non convengono che nel caso in cui il tumore e molto piccolo, e può rimanere distrutto in

---

(1) Mém. de l'Acad. de Chir., T. 12, p. 177, in 12.
(2) Ibid.

una sola volta o al più in due. La legatura non conviene che quando il tumore ha una stretta radice. L'istromento tagliente poi è applicabile sempre, e deve essere in ogni caso preferito. Le regole che si devono seguire nel fare l'estirpazione di questi tumori differiscono poco da quelle regole generali che altrove abbiamo indicate. Qui bisogna procurare, 1.° di conservare, presso a poco, esattamente l'estenzione di pelle che fa d'uopo per cuoprire il naso ridotto al suo naturale volume, poi portar via tutto il resto, 2.° si deve operare in più volte quando esistono diversi tumori, e il sangue che sgorga dopo l'ablazione del primo serve d'impedimento al Chirurgo per portar via il secondo; 3.° quando una moderata compressione non è sufficiente per arrestare il sangue, bisogna trovare un punto d'appoggio ad una compressione più forte, portando nelle narici una cannula fasciata con delle pezzette, la quale serve nel tempo stesso al passaggio dell'aria nell'atto respiratorio.

Ulcere del Naso.

Il naso può essere attaccato da ulcere veneree, serpiginose o cancerose. Non v'ha forse esempio che ve ne siino state vedute d'altra specie.

Le ulcere veneree del naso sono raramente primitive, cioè a dire, prodotte dall'applicazione immediata del virus sul luogo ove si sviluppano. Non è a mia notizia che una tal cosa sia stata osservata. Pur non ostante capisco benissimo, che se il virus sifilittico fosse portato immediatamente sulla fine membrana che ricuopre le narici, e ciò per inavvertenza, incuria, o sudiceria, potrebbe formarsi un ulcera venerea primitiva su gli orli di tali aperture. In tal caso le glandule linfatiche nelle quali i vasi assorbenti del naso vanno a sboccare, probabilmente s'inturgidirebbero, come accade appunto nelle ulcere veneree primitive delle labbra. Un tale ingorgo, unitamente allo stato dell'ulcera ed alle circo-

stanze commemorative, basterebbe a far conoscere l' essenza del male. Le ulcere veneree del naso sono dunque quasi sempre consecutive, vale a dire dipendenti da una generale affezione. Ordinariamente attaccano le pinne o l' estremità del naso. Qualche volta cominciano con uno o più bottoncini rossi, duri, alquanto dolenti, che in ultimo suppurano e passano allo stato d' ulcera. Altre fiate, la pelle che ricuopre le cartilagini leggermente s' infiamma; per qualche tempo rimane rossa e sensibile; si mostrano quindi picccole esulcerazioni, che quanto prima si riuniscono fra loro, e formano un ulcera sordida i di cui bordi sono frangiati, irregolari, tagliati perpendicolarmente, e che forniscono della materie tenue e fetente. Estende i suoi progressi rodendo con maggiore o minore rapidità, prima la pelle, e poi le cartilagini. La pelle che la circonda presenta, fino ad una tal quale distanza, un rosso eresipelatoso che precede l' ingrandimento dell' ulcera. In certi casi tali ulcere sono state credute cancerose, o serpiginose. Il racconto però di quanto ha sofferto il malato, l' aspetto istesso delle ulcere veneree servono a distinguerle da tutte le altre. Del resto poi, le ulcere cancerose si riconoscono dalla durezza scirrosa dei margini; si estendano rodendo nell' istesso modo delle ulcere veneree; ma i progressi di esse sono sempre meno rapidi; la materia icorosa che gettano è in minore quantità, e col disseccarsi forma una crosta che non si distacca che per mezzo degli emmollienti o degl' uguenti. Sono quasi sempre indolenti, e quando si fanno dolorose, il dolore è vivo e lancinante; i vasi della pelle che le circondano sono più o meno dilatati e come varicosi; in fine, se si curano coll' unguento mercuriato non danno segni di miglioramento, mentre l' uso di tale unguento ne produce quasi sempre una notabile nelle ulcere veneree.

Le ulcere serpiginose sono ordinariamente molto larghe; ma non comprendono d' ordinario tutta la grosrezza della pelle; le ulcere veneree al contrario sono

profonde: d'altronde le prime sono precedute o accompagnate da ulcere simili in altre parti del corpo.

La cura delle ulcere veneree del naso è, come quella di tutte le altre ulcere di questa specie, locale e generale. Si medicano coll'unguento mercuriato doppio, unito ad eguale quantità di cerotto, e ad ogni medicatura si praticano delle lozioni con una dissoluzione di ventiquattro grani di muriato sopra ossigenato di mercurio in sedici once di acqua. La cura generale o interna consiste nell'amministrare rimedj atti a distruggere quel veleno che ha infettato tutta l'economia; e fra questi il mercurio e i sudorifici sono quelli sull'efficacia dei quali riposare bisogna le speranze, più che su qualunque altro. Sotto qual forma debba essere amministrato il mercurio, e quale debba esserne la dose lo stabiliremo dietro la cognizione dello stato particolare del malato, e delle cure cui sarà stato anteriormente sottoposto. Nel maggior numero dei casi, impiegando dunque il mercurio come medicamento locale e amministrandolo internamente, si ottiene pronta e completa guarigione. Non dimeno, allora quando la malattia è inveterata, affette le cartilagini del naso, e omai il malato fu sottoposto a diverse medicature mercuriali senza plausibile evento, il male, lungi dall'essere debellato dal mercurio, è anzi irritato, e reso più intenso con un tal metodo. Allora rinunziare bisogna all'uso di esso, sostituire ai topici mercuriali gli anodini e i narcotici, e sostituire alle frizioni o alle preparazioni mercuriali che si amministravano internamente, medicamenti vegetabili, e l'esercizio all'aria scoperta, specialmente in campagna. Quando poi le ulcere del naso comparirono refrattarie a qualunque mezzo antisifilittice, non pochi pratici le curano come i cancri, adoperando in particolar modo i caustici. Ma l'esperienza ha dimostrato che tali rimedj non servono che ad accelerare la perdita della parte, e potendo giungere a vincere il male locale, non stà molto a riprodursi.

— Sulle persone attaccate da vizio venereo, acca-

dono talvolta nell' interno delle narici, dell' escrescenze a base larga, poco elevate, piuttosto dure, di colore grigio, la di cui superficie ineguale è come ricoperta di piccoli mammelloni, i quali non sono accompagnati da trasudamento di sorta alcuna. Tali escrescenze sotto la mia cura hanno ceduto quasi sempre a delle frizioni locali e ad una medicatura antivenerea appropriata allo stato del malato. Quando avevano resistito a questi mezzi, sono giunto costantemente a distruggerle col nitrato d' argento.

— Le ulcere cancerose del naso attaccano di rado i giovani; qualche volta si vedono sugli adulti, ma più di frequente s' incontrano sulle persone di un età avvanzata. Possono comparire in tutti i punti della superficie del naso; però assalgono più spesso i lati e la parte anteriore di quello che la radice di esso. Ora si manifestano per mezzo di un bottone in forma di porro, o di un piccolo tumore piatto, liscio, corneo e sparso di linee rosse dipendenti dalla dilatazione dei vasi; ora per mezzo di una specie di escoriazione dalla quale trasuda un umore che si condensa e forma una crosta, che quando cade è subito rimpiazzata da un altra simile. Qualunque siasi la maniera d'incominciamento di queste ulcere, rodendo si fanno esse più estese, senza che la pelle da cui sono attorniate sia infiammata. Il loro corso è lento se non sono irritate con dei caustici troppo deboli per distruggerle in una sola volta, e dei quali si ripete spesso l' applicazione. Queste ulcere resistono a qualunque rimedio ordinario, e non si possono guarire che portandole via col coltello o consumandole col caustico. Quando si fa uso dello stromento tagliente e l' ulcera è poco estesa, dopo averla levata si applica sulla ferita del nitrato d' argento fuso, nella doppia veduta di distruggere le parti affette che fossero state risparmiate dall' istromento, e di arrestare il sangue senza aver bisogno di fasciatura alcuna. Ma allorchè l' ulcera è larga, le arterie che si tagliano troppo grosse e in troppo numero, perchè il sangue sia arrestato da

nitrato d'argento; è necessario di applicare dei piumacciuoli sulla ferita e sostenere le fila e le pezze per mezzo di una fasciatura. Nei due casi curando la ferita col metodo comune a tutte le ferite suppuranti, guarisce con sollecitudine. Per quanto grandi siino le ulcere, si possono distruggere con i caustici, e a quest' effetto si dà la preferenza all' impasto arsenicale, l' applicazione del quale deve esser fatta nel modo e con tutte quelle precauzioni che avvertiremo parlando delle ulcere cancerose del viso. In qualunque occasione si possino portar via affatto per mezzo del taglio, o distruggere in una sola volta coi caustici le ulcere cancerose del naso, pronta ne è la guarigione; ma spesso non è che temporaria, e in capo ad un certo tempo, che non è determinato, ricompariscono.

— Le ulcere serpiginose del naso ordinariamente esistono sul contorno delle narici; pur non dimeno manifestare si possono su gli altri punti della superficie del naso. Sono superficiali, e di rado penetrano oltre la pelle. Quasi sempre coloro che vi vanno soggetti sono prima stati affetti da eruzioni serpiginose o da ulcere simili su qualche altra parte del corpo. Se si tratta di questa malattia sopra un ragazzo scrofoloso, si trovano in esso le esteriori fisiche qualità che indicano la sua cattiva costituzione, oppure si vede attualmente affetto, su varj altri punti della macchina, da quei sconcerti che sono il prodotto della malattia di cui è infetto.

A seconda che le ulcere serpiginose del naso dipendono da un vizio erpetico o da diatesi scrofolosa, si adoperano quei rimedj interni che ordinariamente s' impiegano contro queste due affezioni: si medicano col cerotto zolforato, o con un miscuglio di cerotto di diapalma e olio, e ad ogni medicatura si fanno delle lozioni con dell' acqua de Barege; ma ciò che più particolarmente contribuir deve alla loro guarigione, si è la formazione di un emuntorio al braccio.

Vizj di Conformazione del Naso.

Il naso, la di cui lunghezza grossezza e forma variano molto secondo gl' individui, offre dei vazj di conformazione taluni dei quali interessano unicamente le narici, mentre altri si estendono alla totalità di questa parte. Parliamo primieramente di questi. I principali sono l' inclinazione del naso, il naso doppio, la divisione contro natura di esso, la di lui mancanza assoluta o parziale. Nulla diremo del volume sproporzionato che può avere talvolta unitamente a tutte le altre parti della faccia: la chirurgia è impotente contro una tale disposizione.

— Non è raro il vedere delle persone presso le quali il naso è inclinato a destra o a sinistra, ma il più delle volte nel primo senso. Una tale inclinazione è generalmente l' effetto della primitiva conformazinoe; ma può anche essere aumentata dall' abitudine di soffiarsi il naso da una mano piuttosto che dall' altra. Si vede infatti qualche volta che i mancini hanno il naso pendente a sinistra. Quando l' inclinazione laterale del naso non è considerabile, riguardare non si può come una difformità. Ma allorchè è portata a un certo punto, e che dipende dell' assuefazione di soffiarsi il naso con quella mano verso cui pende, si consiglia servirsi dell' altra. È stato immaginato un apparecchio particolare onde ricondurre il naso inclinato lateralmente alla sua naturale direzione: tale apparecchio è stato chiamato *naso torto*. Ma siccome le persone che ne possono aver bisogno non possono portarlo di continuo, come bisognerebbe fare, non può avere utile riuscita.

— La porzione cartilaginea della separazione delle fosse nasali è talora portata a destra o a sinistra, e ciò non solamente in quelle persone che hanno il naso torto, ma ancora in altre presso le quali ha una buona direzione; questa direzione può essere abbastanza considerabile, da impedire da un lato il passaggio dell' aria.

La convessità del setto è stata qualche volta considerata, da persone poco istruite come un polipo. L'arte nulla può fare contro questa leggera e inconcludente malattia.

— Non si hanno che pochissimi esempj di nasi doppj. In un individuo, si vedea unicamente alla radice del naso un piccolo tumore che simulava un secondo naso sul primo (1). Pietro Borel (2) ricorda il caso di un muratore che aveva due nasi o il naso doppio; e soggiuuge che lo chiamavano *uomo da due nasi:* d'altronde non dà dettagli relativamente a questa bizzarra conformazione, di modo che non è possibile il dire, qual condotta sarebbe bisognato tenere nella circostanza di cui fa parola. Si capisce però, che non trattandosi che di un tumore sul naso, bisogna farne l'amputazione; e che in simili casi a quello citato da Borel, non sarà difficile ad un chirurgo istruito, il conoscere se il vizio di conformazione è suscettibile di essere guarito, e in qual modo vi si possa rimediare.

— La divisione preter naturale delle pareti del naso può essere congenita come quella delle labbra, che trovasi assai più comunemente; ma d'ordinario ella vien dietro ad una qualche ferita i labbri della quale non essendo stati messi e mantenuti a contatto, si sono cicatrizzati separatamente. Una tale disposizione non solo è dispiacente come difformità, ma incomoda anche a motivo del continuo scolo che permette alle mucosità delle narici. Che sia poi acquistata o fino dalla nascita esista, il metodo per rimediarvi è lo stesso: dopo aver fatti cruenti i labbri della divisione, tagliandone meno che sia possibile per mezzo di un paro di forbici o col bisturino, si mantengono a contatto fra loro con aghi simili a quelli di cui ci serviamo per l'operazione del labbro leporino. Questa piccola operazione niente altro offre d'inconveniente se non se il rimpiccolimento delle parti

(1) Bartholin, Hist. Anat. cant. 1, Hist. 25.
(2) Cent. 3, Obs. 43.

che si riuniscono il ristringimento della corrispondente narice, e una lieve difformità. Inconveniente però che è quasi nullo; quando non vi è perdita di sostanza; ma allora che la divisione è l'effetto di una bruciatura, di una ferita contusa, e che sono stati fatti dei tentativi con poca destrezza e senza successo, è molto necessario di risparmiare le parti. In questo caso fu proposto d'irritare e escoriare i margini con un qualche epispastico; varj chirurghi si sono contentati di praticare, sui labbri della divisione, delle semplici scarificature. Blasio (1) riporta un fatto di questo genere. Errico Roonhuysen consultato da un uomo che aveva il naso con questa specie di divisione, si accinse a guarirla. Siccome una tale difformità, venuta dietro ad una ferita, datava da molto tempo, l'individuo che l'aveva si era diretto a molte persone onde rimanerne libero. I ripetuti tentativi per la riunione non erano stati seguiti da verun altro effetto, che dalla consumazione di una porzione del naso e dall'allargamento dell'apertura. Roonhuysen, per non aumentare di più la perdita di sostanza, immaginò di fare semplici scalfiture sui labbri della fessura, e di ravvicinarli per mezzo di aghi e di fili attortigliati. Un tale processo gli riuscì appieno.

— La perdita totale del naso o di una porzione del naso produce una difformità che urta talmente, da non rimanere sorpresi dalla bizzarria dei mezzi che sono stati impiegati per renderla meno sgradevole. Ha essa l'incoveniente pure di nuocere alla pronunzia di varie lettere, di rendere più corto il tragitto che deve percorrere l'aria nell'entrare e uscire dai polmoni, e di diminuire la delicatezza dell'odorato. Tal difformità è qualche volta congenita, ma più spesso è accidentale. Ora dipende da causa esterna, come uno stromento tagliente, un colpo di fuoco; ora vien dietro alla congelazione; e altre volte riconosce per causa un ulcera venerea o cancerosa.

(1) Obs. Med. rarior. p. V, n. 1.

Qualunque siasi la cagione che ha prodotta la perdita totale o parziale del naso, si deve cercare, quando la malattia è residuata unicamente a difformità, di renderla meno visibile. È possibile anche di farla sparire del tutto, se inventato non è, oppure esagerato almeno quanto raccontano varj autori. Quando, in Italia, i malfattori erano puniti coll' amputazione del naso, accadeva, frequentemente di riparare a questa mutilazione, onde, si dice, che i rifacitori di naso erano in gran numero e ricchi. Un chirurgo Bolognese, di nome Tagliacozzi, ha scritto *ex prefosso* su tale specie di iprotesi: dimodochè è tenuto per l'inventore di quella operazione che noi ora descriviamo, quantunque non abbia fatto altro che perfezionarla Si separa nell' antibraccio sinistro una spessa porzione di pelle, di proporzionata estenzione al volume che dare si vuole al naso nuovo; si fà cruento il contorno del naso mutilato, si situa nella ferita dell' antibraccio in modo che il lembo rimpiazzi ciò che manca al naso, e si procura con una fasciatura ben fatta di mantenere, almeno per un mese, le due ferite incontatto. Riunitosi il lembo si taglia alla base, e si termina di dargli quella forma che meglio convenga alla fisonomia. Tale è presso a poco l' andamento che tenevano li accomodatori di naso del sedicesimo secolo. Crediamo inutile di unirsi a coloro che hanno stimato conveniente doverne far sentire l' assurdità. È stato quindi ideato proporre, come mezzo più comodo e più espediente, procurarsi, a proprio talento, un naso vivo, trapiantandolo dal viso di una persona in quello di un altra; non v' è bisogno che l' umanità e le leggi condannino una tale operazione; il raziocinio la fa comparire erronea, e l' esperienza bastantemente ha insegnato in qual pregio debbino tenersi tutti gl' innesti animali di cui è stato parlato, e di cui taluni si divertono a citare di tempo in tempo degli esempj maravigliosi. Parleremo non per questo di un altra maniera di rifare i nasi, la quale, dicesi, essere in uso da non ricordevoli tempi

presso certi Indiani. I Signori Tommaso Cruso e James Findelay l' hanno veduta praticare nel modo che segue (1): si accomoda sulla cicatrice del naso una fine lamina di cera che si ripiega a forma di mezzo cono, per darli quella forma che deve avere il naso; si schiaccia qnindi il mezzo cono, o si applica sulla fronte, colla punta in basso. Si disegnano sulla pelle i contorni del pezzetto di cera, il quale, dopo ciò non è più servibile. Si distacca la porzione di pelle che la cera ricuopre, lasciandone una piccola striscia fra un occhio e l' altro. Si toglie l' epidermide della cicatrice del naso mutilato, e si fa un incisione nella pelle, intorno alle due pinne del naso e del labbro superiore. Si cala allora il lembo di pelle dalla fronte; dopo averli fatto eseguire un mezzo giro, si applica sul naso, facendo rimanere l' epidermide al difuori, e s' insinuano i di lui margini nell' incisione serpeggiante che è stata praticata intorno alle pinne del naso; si sostiene con un apparecchio che non si leva che al quarto giorno. Circa il decimo, si mettono nelle narici dei tamponi di tela fine per tenerle divaricate. La circolazione nel lembo è mantenuta per mezzo della linguetta che aderisce ancora alla fronte; questo lembo si agglutina col setto, le pinne del naso e il labbro superiore. Il venticinquesimo giorno, essendo ben formate le adesioni, si taglia la striscia superiore della pelle, portando via collo stromento ciò che potrebbe rendere difforme il naso. » *Questa operazione è di costante riuscita.* »

Il rame che trovasi unito ad una tale descrizione fa conoscere un altra circostanza; ed è, che bisogna lasciare, alla base del triangolo che forma il lembo; una piccola punta destinata a rimpiazzare la base del setto delle fosse nasali, nel caso che manchi. Si trova anche dopo questa descrizione, il breve racconto che segue: » Cowas Muratte agricoltore d' origine, era uno

---

(1) Bibliothéque Britannique, T. XIII, p. 281.

» dei conduttori dell' armata inglese, nella guerra del
» 1792. Fu fatto prigioniero da Tippoo-Saib, il quale
» gli fece tagliare il naso e una mano. In tale stato
» raggiunse l' armata inglese, vicino a Seringapatam,
» stette per un anno senza naso In capo a questo tempo
» uno de suoi compatriotti gne ne rimesse un altro »
usando il metodo che abbiamo poc' anzi descritto.

Bisogna convenire, che questo processo è ingegnoso, e preferibile a quello di Tagliacozzi: nulla dimeno io credo che poche persone si determineranno a soffrire un operazione tanto dolorosa, per correggere una difformità assai dispiacevole, è vero, ma a cui si può egualmente ovviare, e forse anche meglio, con un naso artificiale.

I nasi artificiali si fabbricano di cartone, di cuojo bollito, di gomma elastica, o di metallo. Di qualunque materia essi sieno, onde non addivienghino per se stessi un oggetto di difformità, devono essere dipinti in modo da imitare il colore del viso, nel tempo medesimo che imitano la forma del naso. Possono essere sostenuti con dei cordoni legati dietro la testa, con oncini o molle che prendino il punto d' appoggio in qualche luogo delle fosse nasali, o anche meglio per mezzo di occhiali alla parte media dei quali sono innestati, e l' occhiali stessi poi fissati per via di molle sui lati della testa. Io conosco uno dei principali negozianti di Parigi, che ha il naso d' argento in tal guisa sostenuto da un paro di occhiali. Quel naso è tanto ben fatto, che resta impossibile il riconoscere questa protesi anche da vicino.

— Le narici possono trovarsi ristrette, o affatto obliterate, il che raramente si osserva fino dalla nascita; e d' ordinario viene in seguito dell' esulcerazione della loro circonferenza, occasionata da una bruciatura, dalla gangrena, dal vajolo, ec. In tali casi, può prevenire il ristringimento di queste aperture per mezzo di corpi dilatatori, o col tenervi, anche lungamente dopo la cicatrizazione, delle cannule di gomma elastica, d'oro,

d'argento, o di stagno. Ma quando tali mezzi sono stati trascurati o omessi, l'apertura della narice si ristringe col progredire la cicatrice della di lei circonferenza. Se il ristringimento è mediocre non ne risulta che una semplice e lieve difformità, che non esige veruna cura chirurgica: se poi è di qualche entità, non solo ne nasce una difformità, maggiore, ma l'aria anche per entrare nelle fosse nasali e per uscirne prova della difficoltà; produce un sibilo veramente incomodo; la respirazione è faticosa, specialmente nella notte; il suono della voce è alterate. Allora si dice volgarmente che i malati *parlano col naso*, quantunque invece, come Haller osserva, l'alterazione della voce dipende dal non potere essi parlare *col naso*.

La semplice introduzione di un corpo dilatatore non sarebbe bastante per restituire alle narici ristrette la loro naturale ampiezza; fa d'uopo allora ricorrere all'istrumento tagliente, e fare la seguente operazione; il malato stando a sedere, appoggia la testa sul petto di un ajuto; intanto il Chirurgo insinua dentro la narice una lama stretta di bisturino il di cui tagliente è voltato in avanti; nel ritirare l'istrumento incide fin dietro il lobo del naso; introduce di nuovo il bisturino dirigendone il manico in dietro, e spacca la narice posteriormente fino alla base del labbro. In generale, non vi sono gravi inconvenienti facendo una larga apertura, quando però non si tagli ne la cartilagine del naso in avanti, ne posteriormente il labbro. Se l'apertura è eccessivamente stretta vi s'introduce una tenta scannellata per servire di conduttore alla lama del bisturino. Fatta l'incisione, si riempie la narice con delle fila, e avendo fatta l'operazione dai due lati, prima di tamponare le narici, s'introduce in esse una cannula che deve servire al passaggio dell'aria; si aggiunge poi alla medicatura delle compresse e una convenevole fasciatura. L'infiammazione che d'ordinario ne succede, rimane vinta dagli emollienti. Il terzo o quarto giorno, si sfaccia per la prima volta; s'introduce nella narice una tenta ricoperta di cerotto, e quando la

flogosi sia cessata, la suppurazione bene stabilita viene sostituita alla tenta una cannula di gomma elastica, d'oro, d'argento o di stagno, di cui si fa uso per più mesi dopo che la circonferenza della narice è rimasta cicatrizzata. Tale precauzione assicura il successo dell'operazione, prevenendo la coartazione della narice che accaderebbe infallibilmente.

Riguardo all'obliterazione delle narici diremo, che può dipendere dall'adesione deimargini di quest'apertura fra di loro, oppure da quella della pinna del naso col setto del medesimo. Essendo importante, prima di devenire all'operazione, di conoscere fin dove arriva la coesione delle parti, si ordinerà al malato di chiudere esattamente la bocca e la narice che è libera (nel caso che non vi sia otturamento che da un lato) e di fare uno sforzo d'espirazione: l'aria spinta dai polmoni e compressa nelle fosse nasali, allarga le pareti del naso fino al punto a cui arriva l'adesione, di cui facilmente si conosca con questo mezzo l'estensione. Se l'aria giunge fino in vicinanza della base del naso, si conosce essere l'adesione superficiale, e si ha per cosa facile l'eseguire l'incisione. Quando poi è profonda l'adesione delle pareti del naso, l'operazione presenta maggiore difficoltà; si sà non dimeno fin dove bisogni incidere onde arrivare nella cavità, a cui d'altronde siamo sicuri di giungere. Ma se l'aria non solleva in verun modo le pinne del naso, in niuna guisa vi si può penetrare, l'operazione è molto più difficile; e nemmeno si è sicuri di toccare il fine desiderato. Per questo, dovendo metter mano ad una tale operazione, bisogna far conoscere al malato quanto sia grande l'incertezza dell'evento. Quando è da praticarsi, ecco il metodo che si tiene: nel caso che la narice è semplicemente chiusa alla circonferenza, e che rimane una qualche traccia della sua apertura, s'immerge nella parte posteriore di questa traccia un bisturino stretto, la costola del quale è appoggiata al labbro superiore, e s'interna fin tanto che sia arrivato nella fossa nasale; si taglia quindi l'adesione dall'indietro all'avanti,

in tutta l'estenzione, ritirando l'istrumento. Se essa è profonda, e che non rimanghino traccie indicanti l'apertura della narice, si separano adagio adagio con precauzione le parti. A fine di tenere aperta la narice, fa d'uopo mettere in uso quei mezzi che noi abbiamo indicati parlando del ristringimento di essa. Allorchè il labbro superiore è adeso alle narici ristrette o obliterate, si comincia dal separarlo con un taglio trasversale, e si procede in oltre all'ingrandimento oppure alla perforazione delle narici. Si mantiene il labbro in quella situazione in cui deve stare naturalmente, il che si fa ponendo, fra esso e il naso, dei piumaccioletti, una compressa e una fascia stretta.

ARTICOLO II.

Malattie delle Fosse Nasali.

Queste malattie sono, l'infiammazione della membrana pituitaria o corizza, le ulcere di quest'istessa membrana, l'emoragia e i polipi. Parleremo successivamente di tali malattie dopo di aver discorso dei corpi estranei introdotti nelle fosse nasali.

Corpi estranei nelle Narici.

I corpi estranei che più d'ordinario trovansi nelle fosse nasali; sono o piselli, o fagioli, o noccioli di ciliegia che i ragazzi v'introducano nel fare il chiasso. Essi rimangono ad una maggiore o minore profondità, e producono diversi effetti, secondo la di loro grossezza, forma e natura. In ogni caso il volume di essi nuoce al passaggio dell'aria. Quelli di superficie angolare o scabrosa irritano la membrana pituitaria e possono destarvi un infiammazione. Quei corpi estranei che sono suscettibili di aumentare di volume, coll'assorbire l'umidità, si che i piselli e i fagioli, producono una tanto maggiore compressione sulla membrana pituitaria, e la loro estrazione diviene tanto meno facile in quanto che

la loro permanenza è più prolungata. Basta poi il racconto del malato, i sintomi cui và soggetto, la tenta e quasi sempre la vista onde far giudicare di un corpo estraneo impegnato nelle fosse nasali. Nulla dimeno una volta fu preso per un polipo un pisello che un ragazzo si era introdotto nel naso; l'inganno non fu scoperto che dopo l'estrazione del corpo estraneo, che aveva germogliato, e messe dieci o dodici radiche, la più lunga delle quali avea tre pollici e quattro linee (1).

I corpi estranei di piccolo volume possono essere espulsi dall'aria, nello starnutare o nel soffiarsi il naso; e allora quando si può credere che tali mezzi siino per divenire efficaci, vi si deve ricorrere. Nell'opposto caso bisogna estrarre questi corpi estrauei con un paro di pinsette o con una piccola cucchiaja. Quest'ultimo stromento è però da preferirsi ogni qual volta, in specie il corpo estraneo ha una forma rotonda e che serra affatto la narice. Siccome allora spingere non si possono le branche aperte delle pinsette in avanti quanto fa d'uopo per prendere il corpo estraneo al di là del suo diametro, si rispinge in luogo di tirarlo in fuori. Quando egli è troppo profondamente impegnato onde non è possibile tirarlo a se, si fa passare nella bocca posteriore, guardando bene che non caschi nella laringe o nell'esofago. Il gonfiamento delle parti o del corpo estraneo rende difficili e dolorosi gli sforzi che si fanno per estrarre il corpo istesso; è espone la membrana pituitaria ad infiammarsi, a escoriarsi o ad essere strappata: fa perciò di mestiere l'estrarre i corpi estranei delle narici appena abbiamo riconosciuto esistere in esse, se in specie sono di natura da aumentare di volume per mezzo dell'umidità della parte. Ma se l'immobilità del corpo estraneo, il pericolo di strappare o rompere le pareti delle fosse nasali non permettessero di spingerlo nella bocca posteriore; se non potesse egli essere diviso e

(1) Journal de Médecine, T. xv, p. 525.

ritirato a frammenti; se la narice infine fosse troppo stretta per permetterne il passaggio o per lasciare entrare gl' istromenti addattati a prenderlo, si potrebbe allora, facendo un incisione semilunare nell'infossamento che separa il naso dalla gota, ingrandire la narice e più facilmente operare sul corpo estraneo. Tali casi devono accadere molto raramente; e forse non si sono mai dati.

In occorrenza di ferite alla faccia prodotte da arme da fuoco accade talvolta che una palla penetri nelle fosse nasali, oppure resti fitta nelle pareti di queste cavita. Scoperto che si sia il luogo che la palla occupa, si procura di acchiapparla. Se non vi si può riuscire, si lascia la cura alle parti di liberarsene. In seguito di molte osservazioni, parrebbe che dei vermi possino nascere, crescere nelle fosse nasali e dar luogo a degli accidenti gravi e straordtnarj. È probabile che quelli che ne sono stati espulsi, o che ivi si sono incontrati dopo la morte, venivano dai seni frontali, ove si ha per cosa positiva che qualche volta ne esiste.

Dell' Infiammazione della Membrana Pituitaria.

L' infiammazione della membrana pituitaria è conosciuta sotto il nome di corizza, di catarro nasale, e volgarmente d' infreddatura di cervello, e d'incimorrimento. Le vicissitudini atmosferiche, il passaggio istantaneo dall' asciuttore all' umidità, l' esposizione repentina da una temperatura calda all' aria fresca mentre il corpo è in sudore, sono le cause le più ordinarie della corizza come pure di qualunqne altra malattia catarrale. La corizza può ancora essere prodotta dalla retropulsione di un esantema, di un qualche scolo abituale, dall' ispirazione di emanazioni ammoniacali, e di vapori irritanti.

Frequenti starnuti, talora un tremito universale, lo scolo di un umore molto fluido e limpido dal naso, la perdita dell' odorato, la raucedine della voce sono i

primi sintomi della corizza. Se la flussione è grave e si estende ai seni frontali, la testa si fa grave, il malato soffre alla fronte dei dolori pulsativi che si fanno più intensi starnutando e in tempo della tosse; la respirazione non è libera, lacrimano gli occhi, e tali fenomeni accompagnati sono di mormorio e tinnito negli orecchi; il malato ha dei brividi, della lassezza; e la febbre inseparabile da questo stato è ora più ora meno gagliarda. L'umore che fluisce dal naso da principio è fluido, acre, salato, irritante; infiamma quelle parti su cui cola e qualche volta vi produce delle escoriazzioni. Ma incapo a qualche giorno diviene egli più denso, vischioso, giallastro, puriforme; i sintomi allora grado a grado diminuiscono, si dissipano poi del tutto, e la secrezione mucosa della membrana pituitaria ritorna allo stato naturale.

La corizza è un affezione di poca entità. Non dimeno ci ha insegnato l'esperienza che la flogosi della membrana mucosa del naso è susseguita spesso da quella della membrana mucosa della laringe, della trachea e dei bronchi, ciò che se non porta aumento sul pericolo, lo arreca almeno sulla durata di essa. Quando la corizza è violenta, deve temersi per se stessa nei vecchi, giacchè precipitare gli puote in una affezione comatosa ed anche nell' apoplessia. La corizza abituale presenta non meno del pericolo, a motivo dell'esulcerazione che può produrre sulla membrana pituitaria o favorire anche lo sviluppo di un qualche polipo.

Nel caso che la corizza sia di recente data e di poca entità, guarisce da se stessa e non reclama che un certo tal qual regime e del calore che sono d'altronde i più sicuri preservativi contro il catarro polmonare di cui allora si è minacciati. I vapori d'acqua calda e di un decotto emolliente, possono procurare un qualche sollievo e anche abbreviare il corso della malattia. Quando la corizza è intensa e accompagnata da sintomi gravi, si ricorre ai pediluvi senapizzati, alle bevande diluenti, mucillagginose, leggermente diaforetiche; ai lavativi ri-

lascianti, e anche all' emissione di sangue se è indicata della violenza della flussione, e della gravezza della efalalgia.

Se nota ci è la causa della corizza abituale, si combatte con dei mezzi appropriati alla natura di essa. Quando poi questa causa ci è nascosta, si ricorre ai diuretici, ai sudorifici, ai sialogoghi; ma qualora non si ricavi alcun frutto da tutti questi medicamenti, si applica un vescicante, o un setone alla nuca. Si ha esempio di corizza periodica ribelle, non vinta che per mezzo della china associata ai purganti.

Ulcere della Membrana Pituitaria.

La membrana pituitoria è suscettibile di esulcerarsi come tutte le altre membrane mucose. Le ulcere di questa membrana sono di due sorte: semplici, benigne, non esalanti odore alcuno; o putride maligne e tramandenti fetido odore.

Le prime attaccar possono tutti i punti della membrana; ma d' ordinario sono situate nella parte anteriore del setto delle fosse nasali, nel luogo appunto dove la porzione cartilaginea di esso si unisce alla porzione ossea corrispondente. Queste ulcere sono comunemente limitate alla superfice della membrana pituitaria: pur non ostante talvolta penetrauo ad una maggiore o minore profondità nella grossezza di essa. Spesso si mostrano in seguito del vajolo, o dopo l'estirpazione di un qualche polipo; tal ora vengono dietro alla corizza abituale o all' infiammazione della membrana pituitaria prodotta da sostanze acre e irritanti, oppure da qualche contusione; ma più di sovente però le ho vedute sulle persone affette da vizio erpetico, dimodochè sembrami che qnesto vizio ne sia la causa la più ordinaria.

La maggior parte di queste ulcere sono precedute da uno stato resipelatoso della membrana mucosa delle narici, che dopo aver durato per qualche tempo dà

luogo all' escoriazione e all' esulcerazione della membrana. Queste ulcere sono poco dolorose, cagionano piuttosto un incomodo prurito che veramente del dolore; prurito nojoso che obbliga il malato a portare spesso il dito nella narice, ciò che è contrario alla guarigione dell' ulcera. L' umore che produce non in quantità bastante da potere colare insieme col mucco delle narici, e alterarne la consistenza e il colore si condensa e forma una crosta più o meno spessa, secca, nerastra, che casca da per se, oppure che stacca il malato coll' estremità del piccolo dito. Quando cascata è la crosta e sopra tutto quando è stata portata via, l' ulcera fa sangue, che cola qualche volta in piccola quantità dalla narice. Se l' ulcera occupa la parte anteriore della fossa nasale, allora scorgesi la superficie di essa, che il colore rosso e la granulazione fanno distinguere del rimanente della superficie della membrana pituitaria; infine l'ulcera non esala alcun odore.

L' umidità continua delle fosse nasali rende lunga e difficile la guarigione delle ulcere semplici della membrana pituitaria; l' ostacolo maggiore però di tal guarigione, dipende d'ordinario dall' abitudine che hanno i malati d' introdurre il dito minimo nella narice e di portar via quella crosta che cuopre l' ulcera. Sono tali gl' inconvenienti di una simile manuvra, che rendono inutili gli sforzi tutti dell' arte onde guarire queste ulcere; che guariscono poi qualche volta da per loro quando i malati cessano di portare il dito nel naso.

Quando l' ulcera dipende da causa meramente esterna, basta l' applicazione dei rimedj locali; ma quando è prodotta da causa interna, bisogna associare a questi rimedj un regime e dei medicamenti interni appropriati alla natura della causa, che quasi sempre trovasi essere il vizio serpiginoso: è pure vantaggiosa l' applicazione di un vescicante o di un setone alla nuca.

Riguardo ai rimedj lccali, si fa cascare la crosta che ricuopre l' ulcera, per mezzo di decotti emollienti aspirati o iniettati nelle narici. Si può anche giungere

a sttaccare queste croste co toccarle con una penna imbevuta d' olio di amandorle e di bianco di balena, si fanno quindi respirare o i injettano dei vulnerarj e dei detersivi, come l'acqua de Barége o di Balaruc, i decotti d' orzo, di agrimonia, d' iperico, di rose rosse, ec., mescolati col miel rosato. Quindi si passa all'uso dei rimedj disseccanti e lievemente astringenti, come il decotto di scorza di quercie o di china mescolata alla soluzione d'allume, e le preparazioni saturnine. Possiamo far uso pure dell' acqua di calce.

È stato consigliato d' introdurre due o tre volte al giorno nella narice affetta, dei tamponi di fila bagnate di qualcuno di questi liquidi, di farli arrivare più oltre che sia possibile onde trovinsi a contatto delle parti malate, e di sostituir loro serarlmente, quando il malato và a letto, altri tamponi coperti di unguento disseccante. Ma oltre che la sede profonda del male non sempre permette di portare i tamponi fino ad essa, la loro introduzione è dolorosa e la loro presenza importuna all' estremo, specialmente se si tratta che l' una e l' altra narice sia affetta; in conseguenza di ciò noi pensiamo che è meglio contentarsi delle injezioni, o ricorrere alle fumigazioni asciutte che arrivano più sicuramente al luogo malato. Queste fumigazioni si fanno colla mastice, l'incenso, la mirra, lo stirace calamita, il benzuino e altre sostanze aromatiche, di cui si formano degl' impasti, o trocisci per mezzo della trementina. Finiremo di parlare delle ulcere semplici della membrana pituitaria col fare osservare che esse, e talvolta anche semplici escoriazioni, ostinatamente resistono a tutti i soccorsi dell' arte, e che perciò insistere bisogna lungamente sull' uso di tali rimedj.

Dando il nome di ozena a tutte le ulcere della membrana pituitaria che esalano fetido odore, sotto la stessa denominazione sono state comprese delle ulcere di diversa specie. Per sfuggire sul proposito qualunque confusione, chiameremo *ozena,* quell'ulcera fetente delle narici che non fornisce materia, e che può durare tutto

il tempo della vita senza fare progressi manifesti. Riserbiamo poi il nome di *ulcera* al quale aggiungeremo quello della causa che l' ha prodotta, per quelle ulcere che permettono lo scolo di un umore icoroso che tramandano un puzzo insopportabile, e che fanno dei progressi più o meno rapidi.

L' ozena si manifesta qualche volta nell' infanzia, altre fiate nell' adolescenza; ma in qualunque epoca della vita essa cominci dura ordinariamente fino alla morte. La sezione dei cadaveri non ci ha fatta ancora conoscere la sede dell' ozena, ne ci ha mostrate le alterazioni che produce nella membrana pituitaria e negli ossi che formano le pareti delle fosse nasali. Se permesso fosse perciò abbandonarsi a delle congetture trattandosi di una scienza riguardo alla quale tutto deve essere basato sopra dei fatti bene osservati, si direbbe che sembra probabile che l' ozena ha la sua sede nella parte superiore delle fosse nasali, nei punti meno piani di queste cavità, e che consiste nell' alterazione della membrana pituitaria accompagnata da necrosi di qualche porzione ossea.

Le cause dell' ozena sono poco conosciute; assale gl' individui sanissimi, nell' istesso modo che quelli che hanno un qualche vizio di costituzione. Si osserva che quelle persone che hanno il naso schiacciato vi vanno più sottoposte delle altre, senza poter dire per qual ragione una tale viziosa conformazione del naso vi possa dar luogo.

Poco si conoscono quei fenomeni che accompagnano lo sviluppo dell' ozena, giacchè ordinariamente non ci accorgiamo della di lui esistenza che in virtù del fetido odore che esala il naso. La malattia a questo stato non fa provare nessun dolore al malato, allora non v' è scolo alcuno di materie icorose o puriformi dal naso; e esaminando le narici non vi si scorge niente di diverso dallo stato naturale. D' ordinario dunque non si conosce l' ozena che a motivo dell' odore fetido che esala il naso: questo odore è così forte e dispiacente che difficilmente

si soffre di aver d'avanti una persona afflitta da questa ributtante infermità: è stato paragonato a quello di una cimice che sia stata schiacciata, e per questo coloro che hanno un ozena sono chiamati (punais). Questa affezione è quasi sempre accompagnata dalla privazione dell'odorato, o almeno di grande diminuzione in questo sentimento.

L'ozena incipiente è talvolta suscettibile di essere guarita; ma quando è inveterata bisogna considerarla come insanabile. Nel caso che si creda dover intraprendere la cura di questa malattia, si procurerà da primo di deviare gli umori che affluiscono alla parte malata, e ciò per mezzo dei vescicanti, dei cauterj e del setone. Poi si metterà in pratica il regime e quei medicamenti interni che convengono alla causa nota o presunta del male. Si ricorrerà perciò, secondo le indicazioni, ai brodi e ai sughi di piante depuranti, alle preparazioni mercuriali, agli anti-scorbutici, ai purganti, alle acque minerali ec. Nel medesimo tempo si adopereranno i rimedj esterni scelti fra quelli di cui abbiamo parlato nel trattare delle ulcere semplici della membrana pituitaria, l'uso poi di questi mezzi sarà continuato per lunghissimo tempo: l'ozena infatti non cede qualche volta che dopo diversi anni di cura intrapresa al cominciamento del male. Allora che ha resistito a questo trattamento, o che è inveterato, si deve rinunziare a quei rimedj il di cui uso potrebbe divenire nocivo, giacchè l'affezione è del tutto incurabile. Celso parla di guarire l'ozena per mezzo della cauterizzazione; ma come mai avere l'ardire di portare un ferro incandescente nelle fosse nasali e distinguere il sito sul quale bisogna applicarlo?

L'ulcere putride della membrana pituitaria accompagnate da scolo di materia icorosa, sono veneree, cancerose, serpiginose o scorbutique. Le prime si osservano più d'ordinario, le seconde molto più di rado, e le altre due più di rado ancora.

Le ulcere veneree della membrana pituitaria non sono mai primitive, ne prodotte dall'azione immediata

del virus sifilittico su questa membrana: succedono sempre a diversi altri sintomi venerei, e si manifestano dopo un tempo più o meno lungo da che il virus è entrato nell'economia animale, e ha dato luogo ad una generale affezione. Lo sviluppo di esse e preceduto talora da dei dolori di testa più forti nella notte che durante il giorno, e che cessano, o spontaneamente, o dietro l'uso del mercurio. La membrana pituitaria s'infiamma, s'ingrossa e separa della materia mucosa, puriforme, giallastra, che si dissecca e forma delle grosse croste, le quali espulse vengono dal malato nel soffiarsi il naso, o obbligato trovasi a distaccarle coll'aspirare dell'acqua tiepida pel naso. Le narici ostruite da queste croste e dall'ingrossamento della membrana pituitaria, lasciano passare l'aria con difficoltà, di modo che il malato respira dal naso con pena, ed è astretto a dormire a bocca aperta. Presto si esulcera la membrana, nel qual caso scola dalle narici dell'umore icoroso, fetido e qualche volta mescolato di sangue. L'ulcerazione fa dei progressi; le parti ossee che ricuopre, non tardano a rimanere affette; la materia si fa nerastra e aumenta il fetido odore di essa. Quando il male è giunto a questo punto, si vedono spesso delle porzioni d'osso che si staccano ed escono colla marcia. Se l'ulcera è situata sulla separazione delle narici, quanto prima viene ad essere distrutta, e le fosse nasali communicano fra loro senza che il malato abbia sospetto dell'intiera estensione della morbosa località. Se il vomere e la lama perpendicolare dell'etmoide sono distrutti, gli ossi proprj del naso non essendo più sorretti, il naso si schiaccia e perde la sua forma naturale; qualche volta questi ossi istessi sono affetti e si distaccano, e allora il naso non è più proeminente. Se l'ulcera è situata sulla parete esterna della fossa nasale, l'occhio diviene lacrimante, a motivo che l'estremità inferiore del canale nasale è ostruita dalla tumefazione della membrana pituitaria; e i cornetti medio e inferiore cascano talvolta. In qualunque caso, l'odorato s'indebolisce o si perde affatto; la voce si fa nasale, e la pronunzia non è più

ne distinta ne facile. Allorchè il male è situato profondamente, tutti quei disordini di cui abbiamo parlato si mostrane, senza che scorgere si possa l'ulcera; ma se occupa la parte anteriore e inferiore delle fosse nasali, oltre, al gonfiamento della membrana pituitaria, si vede ancora un ulcera sordida ricoperta da un escara bianca, o da crosta bruna e consistente. Si toglie questa crosta, oppure da per se si stacca, si osserva, nel luogo che essa cuopriva una superficie rossa, in qualche circostanza pulita, ma che ben presto vi diviene sudicia, e si ricuopre di una nuova escara, o di nuova crosta.

Ci daremo sempre la maggiore sollecitudine di attaccare le ulceri veneree della pituitaria per mezzo di una cura antisifilittica generale; oltre la quale però conviene, di ripulire frequentemente le parti affette, iniettandovi dell'acqua di calce, nella quale sono stati sciolti varj grani di muriato sopra ossigenato di mercurio, o la tintura di mirra e di aloe, diluita nell'acqua d'orzo e un poco di miel rosato, ec. vi sono dei medici che adoperano i vapori di zolfuro di mercurio (cinabro); ma questo rimedio privo non è dell'inconveniente di arrecare del danno al petto: i suffumigj di mirra, di labdano d'aloe, di mustice, di storace, ec. ci pare che debbino essere preferiti.

È cosa rara che le ulcere putride della membrana pituitaria siino il risultato di malattia erpetica. Allora quando il vizio erpetico porta la sua azione sulla membrana muccosa del naso, non produce che semplici esulcerazioni, sicchè abbiamo detto di sopra. Con tutto questo non è impossibile che il vizio erpetico dia luogo a delle ulcere putride della membrana pituitaria. E portati siamo a credere che esse dipendino da questa causa, quando il malato non è stato mai attaccato da malattie veneree, che ha degli erpeti in altre parti del corpo, che l'ulcera è superficiale, e che ha resistito al mercurio. Questa sorta di ulcere reclamano l'uso dei rimedj zolforosi e antimoniali, tal che le pastiglie di Kunkel, le acque de Barége per bagno e per bevanda, i bagni solfurei domestici, il sugo di piante depurative, e il

decotto fatto con le radice e le foglie di esse; le injezioni coll'acqua idrosolforata, col decotto di morella, di dulcamara, d'acqua di sapone, ec. I vapori solforosi potranno esser pure adoperati nella cura delle ulcere di questa specie, contro le quali si mostrano insufficienti, talora, tutti gli sforzi dell'arte e tutte le risorse della terapeutica.

Le ulcere scorbutiche della membrana pituitaria, abbiamo detto che sono molto più rare delle ulcere erpetiche. Nel caso però che tutte le circostanze presenti e commemorative inducessero a credere che una qualche ulcera delle fosse nasali si riconosca per causa un vizio scorbutico, bisognerebbe far uso delle injezioni d'acqua unita a un pò d'aceto, o a dell'agro di limone, o con quelle di decotto di piante anti-scorbutiche; ma sopra tutto sperare se ne può la guarigione per mezzo di un regime appropriato e della medicatura interna.

Le ulcere cancerose della membrana pituitaria, sono assai meno frequenti di quelle del naso. L'applicazione dei caustici sopra le ulcere di altra specie, spesso le ha fatte degenerare in ulcere cancerose; più sovente però una tale degenerazione vien dietro all'apertura di un qualche tumore scirroso: tumore che ha un colore rossastro, e la superficie granellosa e poco elevata, larga la base, e geme sangue al più piccolo urto. Talvolta è doloroso; più comunemente però non occasiona dolore. Onde evitar poi di crederlo un polipo, basta di esaminarlo bene. Le nlcere cancerose della membrana pituitaria, come quelle di tutte le altre parti del corpo, hanno duri gli orli e rovesciati; producono una materia icorosa putrida, il di cui fetido odore è particolare del cancro. Coll'estendersi logorano; ma i loro progressi sono, in generale meno rapidi di quelli delle ulcere veneree. A toccarle appena fanno sangue, e spesso anche ciò accade spontaneamente; tali ulcere sono incurabili. Ogni cura deve essere diretta a renderne il corso più lento, e a farsi che possino essere soppor-

tate. Si ordinerà un adattato regime, si amministrerà l'estratto di cicuta; si laverà l'ulcera con l'acqua di papaveri, di morella, di giusquiamo, e vi si istillerà il sugo di queste piante mescolato col sugo di carote.

Emoragia Nasale, o Epistassi.

Con tal nome distinguesi lo sgorgo di sangue del naso. L'epistassi e quasi affatto sotto il dominio della patologia interna; onde quì non ne parleremo che sotto il rapporto dei mezzi esterni o locali che si adoprano per frenarla, qualunque siasi la causa da cui dipende.

L'epistassi può essere prodotto dalla rottura dei vasi, in conseguenza di un colpo, di una caduta e dell'estirpazione di un polipo; da pletora, da congestione sanguigna verso la testa, da certi dati stati adinamici, nei quali il sangue pare depravato, ec.

Allorachè l'emoragia nasale è considerabile, e che non vi sono inconvenienti di sorta alcuna ad arrestarlo, ciò si ottiene col fare aspirare pel naso, o spingere per mezzo dell'injezione dell'acqua fredda, o mescolata coll'aceto, oppure un acqua stittica, preparata coll'allume e il zolfato di zinco; applicando sulla fronte de corpi freddi, mettendo i piedi nell'acqua, ec.; ma quando questi mezzi sono insufficienti e che l'emoragia compromette la salute o la vita di chi vi è esposto, bisogna tamponare. Se la debolezza non è peranche molto considerabile, possiamo limitarci da primo a introdurre nelle narici dei tamponi di fila insuppata in un' acqua stittica si raccomanda poi al malato di tener la testa inclinata, in avanti, onde il sangue non coli nella faringe ma si accumoli bensì nella parte anteriore delle fosse nasali; ove coagulandosi si opponga all'uscita di nuovo sangue. Qualora ad onta di tal pratica, rifluisse il sangue nella faringe e fosse rigettato dalla bocca, o al momento in cui vien chiamato il chirurgo, la debolezza fosse considerabile tanto da temere qualunque piccollo ritardo, bisognerebbe ricorrere immantinente a un mezzo più ef-

ficace, devenire cioè al tamponamento delle aperture anteriori e posteriori della fossa nasale da cui ha luogo l' emoragia. A quest' effetto, si introduce nella narice la sonda inventata da Bellocq, la quale è composta di una cannula d' argento, leggermente curva a un estremità, e racchiudente in se uno stile egualmente d' argento, che ad un estremità è guarnito di una molla di pendulo, alla di cui estremità esiste un bottone d'argento. Arrivata che sia la cannula nella faringe, si spinga lo stile, e a misura che si fa internare la molla si fa libera sotto il velo palatino, e penetrà nella bocca, dove facil cosa è il prenderla con le pinsette a anello, oppure anche colle dita. Si attacca allora alla molla un filo incerato messo a doppio, e ritirando lo stile e la cannula si conduce questo nella fossa nasale, facendolo quindi sortire dalla narice. Mancando questo istromento, possiamo servirci di una sonda flessibile o di una candeletta di gomma elastica; ma in questo caso si rende più difficoltoso il cercare di prendere l'istromento nella faringe. All'estremità del filo che esce dalla bocca, si attacca un tampone bastantemente grosso per chiudeıe esattamente l'apertura posteriore delle fosse nasali, e tirando dall'indietro in avanti l'estremità nasale di questo filo, si conduce il tampone fino a questa apertura. Nel tempo che un ajuto tiene questo filo tirandolo in avanti, si riempie la narice con dei tamponi legati, indi si divaricano i due fili e situasi nel loro intervallo un tampone di fila sul quale si fermano i fili, facendo due nodi semplici uno sopra dell' altro. Otturando in questa guisa le narici anteriore e posteriore, non s' impedisce già l' uscita del sangue; ma essendo trattenuto nella fossa nasale, vi si coagula, e quella compressione che esercita il grumo sanguigno sui vasi che gemono sangue, arresta l' emoragia. Se il sangue viene dalle due narici, bisogna procedere a tamponare a destra e a sinistra. In capo a quattro o cinque giorni, si tolgono i tamponi, e si permette al sangue di uscire, coll' insettare dell' acqua tiepida nel naso. L' irritazione occasionata dalla sonda, delle pinsette o dai diti internati in

bocca, e in gola, provoca lo starnuto e dei conati al vomito, e rende difficile e penibile questa operazione; ma tanto meno bisogna ritenersi in quanto che tal metodo di tamponare è l'unico mezzo atto ad arrestare l'emoragia. Mettendolo in uso, noi abbiamo potuto arrestare diverse volte l'epistassi che senza dubbio avrebbe fatti perire i malati.

Polipi delle Fosse Nasali.

Sviluppansi di frequente nelle fosse nasali delle escrescenze più o meno voluminose, che sembrano generate da una sorta di vegetazione contro natura della membrana pituitaria, e che si chiamano polipi, a motivo di una tal quale rassomiglianza con i zoofiti di questo nome.

I polipi possono nascere su tutti i punti delle fosse nasali, come pur anco dei seni. Ora aderenti sono alla membrana pituitaria per mezzo di una base larga, ora per un peduncolo di maggiore o minore grossezza. Questo peduncolo è sempre unico; ma il polipo può essere diviso in due o tre porzioni, una delle quali prende posto qualche volta dietro il velo pendulo palatino, e le altre rimangono nella fossa nasale. Quando vi sono diversi polipi separati gli uni dagli altri, ogniuno di loro ha il rispettivo peduncolo.

Varia molto il volume dei polipi del naso; quelli flosci e vessicolari possono empire affatto le fosse nasali, ed anche uscir fuori dalle aperture di esse; ma in nessun caso giungere a dilatare le pareti di queste cavità. I polipi duri, al contrario, fanno slontanare gli ossi coll'ingrossare, acquistando talvolta un volume enorme.

La figura delle fosse nasali determina quella dei polipi che ivi si sviluppano, quando essi sono flosci e vessicolari; ma quando sono duri, sarcomatosi, dopo avere ripiena quella cavità nella quale si sono formati, ne slontanano le pareti, e rivestono diverse forme. Quelli che escono dalle narici posteriori, onde occupare la faringe, hanno d'ordinario una figura globulosa.

Si è detto, che i polipi delle fosse nasali sono di due specie; di quelli, cioè flosci e vessicolari chiamati anche mucosi, e di quelli, duri chiamati sarcomatosi. I primi sono di color bianco-grigio o giallastro, lucenti, e cedono facilmente anche esercitando una leggera pressione Ve ne sono fra questi che rimangono schiacciati con molta facilità e si residuano quasi a nulla, in conseguenza dell' effusione di un liquido sieroso abbondantissimo; altri senza perdere nella loro forma, cedono sotto la pressione dello stromento col quale si prendono per strapparli; ma non si strappano che con fatica grande. La tessitura dei polipi mucosi non è conosciuta; se si taggliano, non si scorge nella loro sostanza veruna disposizione delle parti componenti; si scuopre solo che sono inzuppati da molta quantità di siero. Non vi si possono distinguere vasi sanguigni, e quelli che servono alla nutrizione sono talmente piccoli, che tagliando i polipi alla loro sommità e nella parte media non ne geme sangue: solo al loro peduncolo ne lasciano colare una piccola quantità, il di cui sgorgo finisce quanto prima da per se; quando si toccano non fanno mai sangue, e molto meno ciò accade spontaneamente; non sono ne dolorosi per loro stessi, ne inconseguenza della compressione che esercitano sulle vicine parti.

I polipi duri o sarcomatosi differiscono fra loro in quanto che taluni sembrano puramente carnosi, ed altri scirrosi. I primi sono di colore rossastro, qualche volta livido per motivo del numero grande dei vasi che contengono. La loro superficie ora è liscia ora bernocculata. A toccarli appena fanno sangue e spesso anche accade ció senza toccarli; la loro sostanza è in certo modo friabile, e si strappa con moltissima facilità. Occasionano dei dolori nelle parti prossimiori, e dolorosi sono essi stessi. È cosa facile in fine che si esasperino, e hanno molta disposizione a degenerare in cancro. I secondi, vale a dire i polipi che sembrano scirrosi, sono di calore bianco oscuro oppure giallastro. Sempre hanno una consistenza maggiore dei primi, che presenta però delle differenze:

avvene la di cui consistenza può paragonarsi a quella del lardo; altri hanno una consistenza eguale a quella dei tumori scirrosi, ed altri sono così duri che sembrano di materia cartilaginea. La loro superficie è liscia, e la membrana che la costituisce è talmente adesa alla loro sostanza che non è possibile di separarla, per quante cure s' impieghino, senza interessare questa sostanza o la membrana stessa. Essa intanto non è che un espansione della membrana pituitaria, ed è disseminata di vasi sanguigni eccessivamente fini. Poco si sà intorno alla tessitura di questi polipi. Se ne vedono formati di una sostanza che non presenta alcuna organizzazione apparente, ed ha l'aspetto del lardo. In altri questa sostanza è fibrosa, e non vi si scorgano vasi sanguigni, per cui non gemono sangue spontaneamente come fanno i polipi carnosi. Non sono per se stessi dolorosi; ma quando hanno acquistato un volume considerabile, cagionano del dolore nelle parti che li attorniano, per mezzo della compressione che sopra di esse esercitano. Non hanno, come i polipi carnosi, una decisa disposizione alla degenerazione cancerosa, e non rivestono questo cattivo carattere che allora quando vengono irritati per mezzo d' imprudenti manuvre.

Le cause che danno luogo ai polipi del naso sono quasi affatto sconosciute. È stato rimarcato che molte persone affette da questa malattia erano andate soggette a delle infiammazioni della membrana pituitaria, ed è stata annoverata per questo la corizza fra le cause dei polipi. È stato pure osservato talvolta che la formazione di questi tumori era stata preceduta da una cascata oppure da un qualche colpo sul naso, dall' uso delle polveri starnutatorie troppo forti e troppo irritanti, dall' abitudine di stuzzicarsi troppo frequentemente il naso colle dita, dalla soppressione di uno scolo abituale. Ecco presso a poco a ciò che si ristringe quanto sappiamo intorno alle cause dei polipi, che è lo stesso che dire quanto la loro etiologia è poco avanzata.

I sintomi dei polipi del naso variano secondo i

gradi e la specie della malattia. Nel principio, non dà luogo ad altri incomodi se non sè a quelli che accompagnano la corizza alquanto violenta; il malato soffre un imbarazzo nelle narici, un incomoda sensazione, da cui cerca liberarsi col soffiarsi spesso il naso; è abitualmente incimorrito; l'aria penetra difficilmente nelle fosse nasali, e l'odorato è ottuso. Il malato rimaner può per lungo tempo in questo stato senza sospettare di avere un polipo; ma quando il tumore ha acquistato un certo volume, si accorge allora che un corpo estraneo tappa la narice, sente il polipo col dito e si può anche scorgere se si esamina l'interno del naso in un luogo che ci sia molta luce. L'odorato e la facoltà di respirare dalla narice si perdono del tutto; e nel caso che affette siino le due narici, il malato non può respirare più che dalla bocca. Il tumore seguitando ad ingrossare, comprime il canale nasale, sospende o arresta lo scolo delle lacrime nel naso: di qui nasce il ristagno di questo umore nel sacco lacrimale, la dilatazione di esso, e la lacrimazione. Talora una porzione del polipo esce dalla narice; ma più sovente però si dirige indietro ove trova minore resistenza, e si estende oltre le fosse nasali fino nella faringe dietro il velo palatino il quale si abbassa allora ed è spinto in avanti. In questo caso l'udito si fa duro, perchè le trombe eustachiane sono compresse, in particolar modo quella che corrisponde a quella fossa nasale da cui il polipo ha preso origine. La voce e la pronunzia sono alterate; la deglutizione è impedita. La respirazione addiviene faticosa un giorno più dell'altro, e il malato è nel caso di rimanere soffocato. Quasi tutti i sintomi che abbiamo riportati sono comuni alle differenti specie di polipi; ma ciascuna specie ha dei segni particolari che la distinguono e che meritano una somma attenzione.

I polipi mucosi non sono preceduti, ne accompagnati da alcun dolore; crescano lentamente e di rado escano dalle aperture della fossa nasale; non agiscono sulle di lei pareti con forza bastante per scostarle, e

quando ciò accade, il setto cede alla loro pressione e viene spinto dal lato opposto. Quando il tumore si porta sotto le cartilagini laterali, le rialza onde il naso doventa più grosso. Esaminando la fossa nasale a chiara luce, il polipo presentasi sotto la forma di un corpo schiacciato trasversalmente, tondo alla di lui estremità, di colore bianco grigio e di un aspetto lustro. Questo corpo è mobile; avanzasi verso la narice allorchè il malato fa un qualche sforzo d'espirazione, e và indietro, e in alto se cerca di attirare dell'aria, col fare una forte ispirazione. I polipi mucosi aumentano di volume quando i tempi sono umidi, e diminuiscono quando l'atmosfera è asciutta, e si fatte altrernative accompagnate sono dall'aumento e dalla diminuzione degli incomodi cui danno luogo questi tumori. Non mai gettano sangue spontaneamente, e se ne lasciano colare toccandoli, egli è in piccola quantità.

I polipi duri o sarcomatosi hanno di comune fra loro che sviluppansi tutti con qualche rapidità; che di frequente escono dall'apertura posteriore delle fosse nasali per poi internarsi fino nella faringe; che il loro accrescimento essendo qualche volta considerabilissimo e facendosi per tutte le parti, divaricano gli ossi in mezzo ai quali sono situati; che essi sono immobili nel loro sito, dimodo che l'aria espulsa nell'espirazione e attirata nell'ispirazione, non li fa provare nessun movimento; che infine, lo stato dell'ammosfera non portando nessuna influenza sopra di loro, conservano lo stesso volume sia quando i tempi sono umidi, sia quando sono asciutti.

I polipi carnosi sono qualche volta preceduti dall'epistassi, da dolori alla fronte e alla radice del naso; sono sensibili e fanno sangue appena si toccano; ed anche fanno sangue e sono dolorosi senza toccarli. Se il malato starnuta, tosse, o si soffia il naso, prova o una dolorosissima sensazione nella narice e alla fronte, o soffre realmente. Questi polipi hanno una singolare disposizione a degenerare in cancro, specialmente irritandoli; è quando ridotti sono a questo disgraziato termine,

cagionano dei dolori lancinanti e lasciano colare una materia icorosa fetidissima.

I polipi scirrosi sono suscettibili di prendere un volume considerabile, e sviluppandosi escono più facilmente degli altri dall' apertura posteriore delle fosse nasali onde penetrare nella faringe ove spesso acquistano un aumento enorme; talvolta nascono ancora dall' arco della faringe o da qualche sito in vicinanza di esso. Questi polipi non gemono mai sangue spontaneamente, e quando ciò accade nel toccarli, non ne forniscono d' ordinario che mediocre quantità; duri e quasi non suscettibili di compressione, non sono per se stessi dolorosi, e quando cagionano dei dolori, dipendono questi dalla pressione che esercitano sulle parti circonvicine. Quando s' irritano con imprudenti operazioni, o per mezzo dell' applicazione dei caustici, possono degenerare in cancro; ma hanno molto meno di disposizione a questa degenerazione di quello non ne abbino i polipi carnosi.

Il prognostico relativo ai polipi del naso è subordinato alla loro natura, al luogo che occupano, al loro volume, all' estenzione delle loro adesioni, ec. I polipi mucosi sono molto meno gravi dei polipi duri e sarcomatosi. Lasciati a se stessi, non prendono mai un carattere cattivo, e gl' incomodi che ne risultano sono sopportabilissimi. Questi polipi possono essere strappati, o attaccati in qualunque altro siasi modo, senza cagionare ne emoragia, ne altri accidenti; ma è cosa difficile di sradicarli affatto, e si riproducono spesso, dopo che furono strappati. Pur non ostante ciò non accade tanto frequentemente quanto si crede. Esistono sovente varj polipi di questa specie, ciascheduno dei quali ha la sua adesione particolare, ed è perfettamente distinto da ogni altro. Quello che trovasi più vicino alla narice, cala verso questa apertura, mentre l' altro o gli altri sono spinti in alto, in dietro, e non possono essere veduti. Perciò, quando il polipo apparente è stato portato via, quello che li stava accanto viene in avanti e in basso, e quando si mostra credesi sia una riproduzione del primo.

I polipi duri o sarcomatosi, sono in generale gravissima malattia. Con tutto ciò la prognosi che se ne deve portare, non è sempre egualmente funesta. I polipi carnosi, di color rosso oscuro, dolorosi, che spontaneamente o almeno appena toccati gemano sangue, oppure che lasciano scolare una materia saniosa, e fetida, sono pericolosi; e qualunque sforzo faccia il chirurgo all' effetto di distruggerli, o per portarli via, non serve che ad accelerare la morte, fine indispensabile di questa specie di tumori. I polipi scirrosi, quantunque molto gravi, non ostante lo sono meno di quelli di cui abbiamo ora parlato. Si può legarli o estirparli, quando hanno un pedunculo, in special modo se hanno oltrepassata l'apertura posteriore delle fosse nasali, e abbiano preso dello sviluppo nella faringe. Ma allora che questi polipi sono a base larga, che hanno acquistato un gran volume, e che riempiono la fossa nasale, della quale hanno divaricate le pereti, non bisogna stuzzicarli; farne la legatura è impossibile; non si può strapparli che parzialmente, e ciò che ne rimane, cresce con celerità, prende un carattere più cattivo, e con prontezza dà luogo ad un disgraziato fine. Si contano però degli esempi di polipi scirrosi, guariti per estirpazione; ma questi esempi sono rari assai, mentre citare se ne potrebbe un numero infinito, nei quali è stato veduto che dopo questa operazione, il male è ricomparso e ha rivestito il carattere carcinomatoso.

Per guarire i polipi delle fosse nasali, é stato proposto e praticato l' essiccazione, la cauterizzazione, l'amputazione, la lacerazione, lo strappamento e la legatura. Esamineremo adesso successivamente ognuno di questi mezzi terapeutici, gli paragoneremo fra loro, indicheremo quelli che meritano la preferenza, e i casi nei quali conviene di metterli in pratica.

Per seccare i polipi, si ricorre ai medicamenti astringenti, liquidi o solidi. Fra i rimedj liquidi che s'impiegono ordinariamente, vi sono l' acqua vegeto-minerale, l'acqua alluminosa, i decotti astringenti. Qua-

lunque siasi di questi liquidi che si adopera, il malato deve tirarlo su nel naso per più volte al giorno, o anche injettarlo sul tumore. Ma quando si fa uso di medicamenti attivi, come alcool, aceto stillato, non devono essere introdotti uella fossa nasale che con circospezione. Si porteranno dunque sul polipo dei tamponi imbevuti in questi liquidi, e se ne esprimerà leggermente una porzione, a finchè non coli sulle parti sane della membrana pituitaria. I medicamenti solidi di cui è stato consigliato l'uso, sono varie polveri astringenti, come la polvere di galla, di scorza di melagrana, di arancia e di cipresso, che si rendono più attive coll'aggiungervi un poco di allume crudo, o di polvere di sabina. Queste polveri si possono soffiare sul tumore per mezzo di un cannello, o meglio ancora ricuoprirne un tampone umido, che s'introduce poi nella fossa nasale, e situasi sul tumore, in modo che il medicamento siane a contatto, e non tocchi che desso. Il metodo dell'essiccazione, applicabile soltanto ai polipi mucosi, offre pochi inconvenienti; ma disgraziatamente, ha pochissima efficacia. Pur non ostante quando il polipo è molto floscio, e situato poco profondamente; che d'altronde fare si deve con un malatò paurosissimo, che rimane molto spaventato dalla più lieve operazione, l'essicazione può essere tentata; se i disseccanti non producono una diminuzione apparente nel volume del polipo, renderanno almeno più facile l'esame da farsi del tumore, potranno far conoscere il luogo e l'estenzione della di lui aderenza, circostanze tutte da non meritare che siano trascurate, quando non ancora è stato deciso di praticare l'operazione, o che si è titubanti sulla scelta del metodo da adoperare. L'essiccazione può essere utile, specialmente dopo l'estirpazione di un polipo, o la di lui distruzione procurata in qualunque altra siasi maniera. Essa può prevenire, o per lo meno ritardare la riproduzione del tumore.

La cauterizzazione è stata messa sovente in uso, per la cura dei polipi del naso. Gli antichi ricorrevano

qualche volta al cauterio attuale; ma oggi giorno non s' impiega quasi mai. Ad onta della precauzione che sempre si ha, e che deve aversi, di non applicarlo che per un istante sul tumore, a finchè la cannula nella quale s' introduce, e che deve servire a proteggere le parti vicine dal calore, non abbia tempo di riscaldarsi, pur nondimeno la membrana pituitaria s' infiamma, il dolore è violentissimo, ed estendesi talora nell'interno. L' applicazione dei caustici non offre degl' inconvenienti così gravi; possiamo servircene contro i polipi mucosi, che hanno poco volume, e che sono situati poco profondamente. Quelli che si adoprano d' ordinario, sono il nitrato d' argento, fuso, il muriato d' antimonio liquido, l' acido nitrico, e la potassa caustica liquefatta. Quando ci serviamo del nitrato d' argento, si mette a contatto del polipo per varj secondi di minuto; si assorbe quindi con delle fila, quella porzione di caustico che si è fusa, e che potrebbe colare sulla membrana pituitaria. Allorchè si fa uso di un caustico in stato liquido, si applica sul tumore per mezzo di un pennello fatto di panno lino bene spremuto, e appena è stato ritirato il pennello, si fa ispirare o si injetta nel naso dell' acqua tiepida onde indebolire l' attività e portar via quelle parti del caustico, che potrebbero diffondersi sulla membrana pituitaria e cauterizzarla. Qualunque siasi il caustico di cui ci serviamo, se ne ripete l' applicazione più o meno sovente, secondo la grandezza, la resistenza del tumore e la sensibilità del malato. Questo metodo è sempre lungo, doloroso e incerto. Qualche volta dopo diversi anni di cura, si giunge è vero a diminuire considerabilmente il volume del polipo, ma non si distrugge affatto. Per questo motivo l' uso dei caustici caduto in disuso contro i polipi mucosi, abbandonato fu da lungo tempo, per i polipi duri e sarcomatosi, di cui ha sollecitata sempre la degenerazione in cancro.

L' eccisione o amputazione dei polipi, anticamente fu raccomandato da Celso, Paolo d' Egina, e dai chi-

rurgi che gli hanno seguiti. Gl'istromenti di cui servivivansi per praticarla, sono quasi sconosciuti affatto ai nostri tempi, e non abbiamo che una imperfettissima idea di quello che più recentemente venne adoperato da Fabbrizio d'Acquapendente, quantunque ne lasciasse la figura. È derivato da ciò che la maggior parte dei chirurghi, che nel passato secolo hanno ricorso a questo metodo, hanno impiegato o un coltello a forma di mezza luna, o le forbici o un bisturino ordinario. L'eccisione può essere praticata quando il polipo è guarnito di peduncolo, e che è situato molto vicino alla narice, onde nel tirarlo con un oncino si possa scorgere il peduncolo medesimo e tagliarlo, senza timore di tagliare nell'istesso tempo, una porzione della membrana pituitaria. Quei polipi che sono situati profondamente non possono essere amputati: il prudente chirurgo, anche allora che l'operazione è praticabile, ne stà lontano temendo l'emorragia, da cui potrebbe essere accompagnata. Non ostante questo metodo è stato messo in uso, e con evento felice, in certi casi nei quali gli altri mezzi curativi non potevano essere impiegati o almeno l'applicazione di essi non sarebbe stata così fortunata; tale è quello di cui parla Ledran nelle sue ossarvazioni di chirurgia: un polipo scirroso empiva la fossa nasale sinistra, e usciva, in parte dal naso, allargandosi a guisa di fungo, della grossezza di una noce: si prolungava poi anche in gola, ove costituiva un tumore della grossezza di una mela renetta, il quale spingeva in avanti il velo pendulo palatino. Ledran acchiappò colle dita quella porzione che usciva dal naso, e tirandola a se tanto quanto potè, senza estirparla, la tagliò nella narice, più in alto che fosse possibile. Portò quindi i diti profondamente nella bocca posteriore, oltre il velo del palato, e per mezzo di forbici curve, giunse a togliere considerabili porzioni del tumore. L'emoragia obbligò Ledran a sospendere l'operazione. Internato il dito nella narice, conobbe da qual punto nasceva il tumore, e con le forbici e un bisturino

lo demolì affatto. L'effusione di sangue, che l'ultimo periodo dell'operazione rendè molto gagliarda, fu arrestata col tamponare le due aperture della fossa nasale.

Fra tutti i motodi impiegati per guarire i polipi, l'estirpazione è quello che vien messo in uso, nel maggior numero dei casi. Egli conviene specialmente contro i polipi mucosi. Si può adoperare eziandio contro i polipi scirrosi penduculati. Ma per quelli che sono di larga base, come pure per tutti i polipi carnosi, l'estirpazione non potendo farsi che parzialmente, accelererebbe la degenerazione cancerosa nella porzione che rimane. Si estirpano i polipi con le pinzette rette, o un poco curve, i di cui morsi allungati e finestrati, sono guarniti dal lato, pel qual sono a contatto fra loro di scabrosità disposte in guisa tale che quelle di una parte si collocano negl'intervalli di quelle dell'altra, e a cui danno i manifattori il nome di *denti di lupo*. Questi denti s'internano nella sostanza del tumore, e impediscono alla pinzetta di sdrucciolare. Ecco in qual modo si procede all'estirpazione dei polipi. Il malato stà, in un luogo dove ci sia chiara luce a sedere in una sedia mediocremente alta, colla testa un poco rovesciata all'indietro, e appoggiata al petto di un ajuto che nel medesimo tempo tiene in alto l'estremità del naso. Il chirurgo situato dirimpetto, prende colla mano destra un paro di pinzette la di cui grandezza è proporzionata all'età del malato, le impugna nell'istessa maniera di un paro di forbici; le introduce nella narice slontanandone le branche, e le interna più che sia possibile, fra le pareti della fossa nasale e il tumore. Quando egli si accorge che l'istrumento è giunto a quella profondità che conviene, ne ravvicina le branche comprendendo il polipo fra di loro, e se crede di averlo preso bene, lo estirpa facendo fare un giro alle pinzette, sempre nell'istesso senso, e tirandole a se. Se il polipo cede, e vien fuori della narice, quantunque sia tutt'ora aderente alla membrana pituitaria, il chirurgo deve impugnare un secondo pajo di tanaglie, colle quali lo prenderà più vicino dalla radice, e continuerà a fare i soliti moti di tor-

sione e di trazione, fin tanto che la radice rimanga rotta; e il polipo sia tirato fuori intotalità. Se il polipo è di tessitura consistente, e stia attaccato per mezzo di un piccolo pedunculo, si porta via intiero al primo colpo. Ma più sovente accade che egli si rompa, ed allora si è obbligati ad acchiapparlo di nuovo alla base. Quando avviene di strappare così il polipo applicando la prima volta le pinzette, sgorga il sangue tanto abbondantemente, che quelle persone le quali non hanno mai praticata nè veduta praticare questa operazione, si troverebbero nel caso di abbandonarla, prima di aver portato via tutto il polipo. Ma tale specie di emoragia non deve spaventare punto il chirurgo; mentre se dopo aver lasciato sgorgare per qualche tempo il sangue seguita l'emoragia, si fa arrestare per mezzo di acqua fredda tirata su nel naso; ciò che offre anche il vantaggio di portar via quel sangue che riempie la narice, e che impedisce di vedere quella porzione di polipo che è rimasta. Allorchè il tumore è talmente considerabile, che addiviene molto difficile o anche impossibile di acchiapparlo colle tanaglie ordinarie, ci serviamo dietro il consiglio di Richter, di tanaglie a branche separate, come quelle di un forceps, e si portano queste due branche su due punti opposti del polipo; poi si rinniscono per farle agire simultaneamente.

Si conosce che il polipo è stato portato via in totalità, dal libero passaggio dell'aria nelle fosse nasali, dal cadere in gola l'acqua che vi si fà tirar sù, e dal non vedere porzione alcuna del polipo, dopo avere sbarazzata la narice da quel sangue che la riempiva.

Quando il polipo invece di essersi portato verso la narice si è portato in gola, e vi deprime il velo palatino, è cosa impossibile di prenderlo colle pinzette dall'apertura anteriore, e supponendo ancora che si potesse, non sarebbe facile di farlo rientrare nella fossa nasale, onde tirarlo via di lì; bisogna dunque tirarlo in quel senso verso del quale è naturalmente diretto, e andare a trovarlo dalla bocca. Le pinzette rette non

possono servire in questo caso. Fa d'uopo impiegare le tanaglie curve per piatto e su un lato. È vero che queste tanaglie peccano per non poter torcere il tumore, e per non poter farle agire che tirando a se; ma tale inconveniente viene dal metodo stesso, e dall'impossibilità di potere adoperare un altro stromento. Per acchiappare un polipo di dietro al velo pendulo palatino, si fa situare il malato come per l'operazione precedente. Se gli fa aprire la bocca, e s'introduce un cono di legno fra i due ultimi denti molari, onde impedire alle mascelle di ravvicinarsi. Si porta il dito indice della mano sinistra nella bocca posteriore, a fine di riscontrare il tumore e la di lui connessione, e s'introduce la tanaglia curva lungo questo dito, il quale serve a condurre i due morsi nel luogo e all'altezza che conviene. Si ritira allora il dito, si stringe il tumore, e si tira contemporaneamente in basso e in avanti, facendo eseguire alla tanaglia dei moti laterali. Appena è stato estirpato, si rintroduce il dito dietro il velo del palato, onde assicurarsi se sia stato portato via per intiero. Qualora ne fosse rimasta una qualche porzione, si applica di nuovo la tanaglia per staccarla. Ma allorchè il polipo sdrucciola fra i denti dello stromento, o che è talmente compatto, da non potere svellerlo per mezzo delle tanaglie curve con le quali non si fa che tirare, si taglia con le forbici curve, introdotte colla guida del dito indicatore, qnella porzione di tumore che è proeminente dietro il velo palatino, e spingendo poi, per mezzo del dito che si tiene in gola, nella fossa nasale ciò che rimane, si svelle dalla narice servendosi di una tanaglia retta, con la quale si può torcere il tumore.

Si offrì a Manne un caso di questa specie, ed anche più imbarazzante. Il polipo empiva la fossa nasale, formava una considerabile proeminenza nella bocca posteriore, e in avanti chiudeva onninamente l'apertura della narice. Manne cercò di esterpare la massa posteriore; ma il velo palatino, teso dalla pressione che il tumore esercitava sopra di esso, frapponeva un' ostacoloal l'ope-

razione; di modo che questo chirurgo si determinò a fendere il velo del palato, sulla linea mediana, in tutta la porzione carnosa; tagliò quindi in più tempi, diverse porzioni del tumore, e quando l'ebbe ridotto ad un volume tale da poter essere tirato in avanti, tentò di passare le tanaglie fra la porzione anteriore del polipo e la narice. Ma queste erano tese tanto, che tutti i tentativi furono infruttuosi. Manne allora passò diversi fili nel tumore, e formò in avanti un ansa, con la quale tirava il polipo, mentre che con le dita introdotte nella bocca posteriore, lo spingeva in avanti. Il tumore cedè, il suo pedunculo si roppe, e il romore che fece passando con celerità oltre la narice, fu simile a quello che producesi nello sturare una bottiglia. Pochi giorni dopo si presentò un altro polipo; fu estirpato, e la guarigione divenne completa.

Avvi una terza maniera di estirpare i polipi; si fanno fare al tumore dei moti alternativi verso l'apertura anteriore e posteriore della fossa nasale, fino a che non ceda: per praticare questa operazione non ci abbisogna altro stromento fuori dei diti indicatori; se ne interna uno nella narice, e s'introduce l'altro nella bocca, dietro il velo palatino; giunti a toccare il tumore, si spingono alternativamente in avanti e in dietro, fin tanto che non ci accorgiamo di aver vinta ogni resistenza; e allora si fa uscire dalla più vicina apertura. Questo processo è semplice; ma convenire non può che in un piccolissimo numero di casi. Bisogna che il tumore abbia origine, e sia situato nella parte la più declive delle fosse nasali; bisogna pure che offra una certa consistenza; mentre un polipo vessicolare che non avesse punta consistenza, non potrebbe essere estratto in questa guisa; e quello che occupasse la parte la più alta della cavità nasale, non potrebbe essere acchiappato dalle dita del chirurgo. Morand ha praticata quest'operazione, in un caso in cui il polipo essendo situato molto indietro, non era stato possibile di strapparlo per mezzo delle tanaglie. Sabatier vi ricorrè pure, in una circostanza

quasi simile: la profonda situazione del tumore gli aveva impedito di prenderlo colle pinzette; solo però invece di far fare dei moti alternativi al polipo dall'indietro in avanti, lo pigiò unicamente con un dito che aveva introdotto nella narice, e lo fece cadere nella faringe. Dapoi non comparvero più tumori.

Qualunque sia il metodo col quale si è estirpato un polipo nasale, se il sangue cola abbondantemente, e che passato un certo tempo non cessi spontaneamente, si farà attirare nel naso dell'acqua fredda, o acqua mescolata con aceto: e se ciò non basta per arrestare l'emoragia, si tamponeranno le narici.

È cosa rara che l'estirpazione dei polipi del naso, sia accompagnata da accidenti inflammatorj, che esighino l'uso del salasso e dei mezzi antiflogistici generali. Il dolore e l'irritazione che ne risultano, si calmano prontamente, specialmente facendo tirar sù dei decotti emollienti. Quando l'irritazione è cessata, si sostituisce dell'acqua alluminosa a queste lozioni, e se ne continua l'uso per molto tempo, per reprimere ciò che potrebbe essere restato della base del polipo, e prevenirne la riproduzione. Ad onta però di questa precauzione spesso accade di veder comparire un nuovo polipo in capo a un tempo più o meno lungo. Questo nuovo polipo o è una produzione del pedunculo di quello che è stato estirpato, o un polipo distinto e separato, che esisteva contemporaneamente al primo, e che si palesa quando la resistenza oppostagli da quest'ultimo più non lo trattiene. In tutti due i casi, fa d'uopo rintrapendere l'operazione, ciò che si può fare senza inconveniente alcuno. Non è raro il vedere delle persone che hanno subito tre o quattro volte questa operazione, ad intervalli più o meno grandi, e che in ultimo sono guarite.

Paolo d'Egina, dopo di lui Albucasisa, e diversi altri chirurghi, hanno proposto un metodo particolare che hanno creduto appropriato a distruggere i residui dei polipi estirpati o tagliati, il quale consiste nel passare dal naso in bocca uno spago con diversi nodi, a mezzo

pollice di distanza gli uni dagli altri, e nel tirare alternativamente le due estremità dello spago. L'imperfezione diquesto metodo non è sfuggita a Fabbrizio d'Acquapendente. Osserva egli con molto senno, che le porzioni del polipo che sono rimaste dopo l'estrazione, non possono trovarsi sotto l'influenza dei moti dello spago, giacchè hanno adesione alle pareti o alla parte superiore della fossa nasale, e i nodi non agiscono che sulla parte inferiore di questa fossa, ove esercitano una confricazione dolorosa, l'irritano, l'escoriano, e possono denudare gli ossi senza attaccar punto i resti del polipo.

Ciò che abbiamo detto di questo spago nodoso, senza restrizione si applica, ad un certo stromento immaginato da Levret, e che credeva egli più atto non solo a secondare la veduta di Paolo d'Egina, ma a distruggere pur anco per intiero i polipi mucosi. Quest' istrumento è composto di uno stile d'argento molto flessibile intorno al quale gira a guisa di spirale un filo di ottone. Vi sono per moverlo due manichi, uno fisso e l'altro mobile, aggiunti alle estremità dello stromento. Quello che è mobile, è scavato in modo da ricevere una cannula, terminata in forma di lacrima, a cui lo stile d'argento, e il fil d'ottone sono fissati. Per mettere in uso questo stromento, bisognerebbe introdurre nella narice quell'estremità alla quale si aggiunta il manico mobile, fintanto che la cannula, veduta al di là del velo pendulo palatino, possa essere acchiappata con delle pinzette da polipo, e condotta al di fuori della bocca; a quest' epoca il manico mobile vi dovrebbe essere accomodato, e il chirurgo prendendo i manichi uno per mano, tirerebbe alternativamente l'istromento dall'avanti in dietro, e dall'indietro in avanti onde per mezzo della confricazione dell'istromento struggere il polipo. Levret non si è mai servito di questo stromento; e non sembra che vi sia alcuno che ne abbia fatto uso, come pure dicasi dello spago nodoso di Paolo d'Egina.

Non bisogna confondere i metodi di cui abbiamo

parlato, col setone che adoperavano gl' antichi, a fine di portare su que' residui dei polipi che non avevano potuto estrarre, dei medicamenti addattati a distruggerli. Ledran si è servito con successo di queste pratica, per distruggere le reliquie di un polipo mucoso, di cui non aveva potuto estirpare che una porzione. Questo celebre chirurgo fece fare un paro di pinzette, piatte, leggermente curve, e finestrate alla loro estremità, le di cui branche avevano quattro pollici di lunghezza. Onde passare il setone che era composto di dodici o quindici fili di cotone, Ledran se lo fece legare all' estremità del dito indice della mano sinistra, in modo da potere slegarlo senza fatica: introdusse le pinzette nel naso fin dietro il velo del palato; portò quindi quanto prima il dito guarnito del setone nel fondo della bocca, dietro all'ugula, più in alto che le fu possibile, prese l'estremità del setone, e la tirò fuori del naso. Giornalmente sera e mattina, veniva tirato il setone dalla bocca dopo aver ricoperta di un qualche digestivo quella parte che doveva stare a contatto del polipo. Il volume del setone fu gradatamente fatto più grosso; la suppurazione fu abbondantissima per lo spazio di venti giorni. Il libero passaggio dell' aria e delle injezioni, avendo dato a conoscere che il polipo era rimasto distrutto, Ledran sostitui al suppurativo, un acqua dessiccativa preparata col solfato di zinco, e l' ossido verde di rame. In un mese la guarigione fu completa. Allora che le pinzette non possono passare pel naso, fa d'uopo, dietro il consiglio di Ledran, far penetrare una corda di budello, di poca grossezza, asciuttissima, molto diritta, lunga un piede, dall' apertura anteriore della fossa malata all' apertura posteriore; arrivata che sia questa corda al velo palatino, si procura dalla bocca di prenderla condue dita, si tira dall' indietro in avanti, e con essa si tira il setone che è attaccato alla sua estremità. Questo processo è più semplice del primo; ma lo è molto meno di quello di Bellocq, che noi abbiamo descritto parlando dell' epistassi.

L'ultimo mezzo per guarire i polipi delle fosse nasali, di cui ci rimane a parlare, è la legatura. Consiste essa nello stringere la radice del polipo più vicino che si possa dalla sua origine, per mezzo di un filo d'oro, d'argento o di canape, condotto e serrato con istromenti addatati. Questo mezzo non è già applicabile a qualunque sorta di polipi, giacchè non è appropriato che per quelli che hanno un peduncolo, è che sono situati sul piano delle fosse nasali o alla parte inferiore delle loro pareti Il modo di metterlo in opera differisce secondo che il polipo è limitato alla fossa nasale, e che si presenta dalla narice, o che avendo cominciato a formarsi nella fossa nasale, si è portato indietro nella faringe, dove ha acquistato un aumento più o meno considerabile, in una parola, secondo che trattasi di un polipo nasale, o di un polipo della gola.

La legatura dei polipi del naso è sempre difficilissima; e talvolta è anche impossibile. Falloppio (1) è, a mio credere, il primo che abbia impiegato un filo metallico per legare i polipi del naso, e che servito si sia di una cannula d'argento, per portare questo filo sulla radice del tumore. Ecco in qual modo descrive egli quest' operazione: s' introducono in una cannula d'argento le estremità di un filo in modo che oltrepassi da una parte la cannula, e dall'altra costituisca, un' ansa; si porta quest' ansa nel naso, e quando il polipo vi è rimasto compreso, e che il filo è stato fatto sdrucciolare sul peduncolo, si tirano i capi del filo con forza bastante per tagliare le radici del tumore, e determinarne la caduta. Levret, e Polluci hanno perfezionato il metodo di Falloppio; il primo servendosi di una cannula doppia, e il secondo impiegando è vero una cannula semplice, ma corredata però verso quell' estremità che corrisponde all' ansa, di una traversa che separa i due capi del filo. Levret, e Polluci, torcendo il filo intorno al

(1) Opera, tom. III, cap. XXIII, p. 99

pedunculo del tumore, lo strangolano e lo tagliano a poco a poco in luogo di strapparlo bruscamente come faceva Falloppio. Ma qualunque sia l'istromento che s'impiega per portare nella fossa nasale un filo metallico proprio a inviluppare un polipo, non v'è speranza di riuscirvi che in quanto che il tumore sia situato molto vicino alla narice, e che il diametro più grande di esso non ecceda il diametro, antero-posteriore di questa apertura, qual ora il polipo aderisca al setto o alla parete esterna della fossa nasale; e il diametro trasversale in caso che sia attaccato al piano o alla parete anteriore.

La legatura dei polipi del naso, per mezzo di un filo di canape, o di seta, è stata proposta in tempi molto lontani; ma Glaudorp è il primo che sia entrato in qualche dettaglio relativamente a questa operazione: e anche non ha descritto il processo che teneva con esattezza bastante, da formarsene una chiara idea. Dice di essersi servito di una specie di oncino tondo e forato alla di lui estremità, onde passare un fil di seta incerato all'intorno del pedunculo di un polipo, grosso quanto una fava, e che aderiva alle vicinanze dell'osso nasale, del lato sinistro; annodò quindi il filo intorno al pedunculo per mezzo di due sonde, ma non indica ne la forma di queste sonde, ne la maniera con cui servivasene. Ogni giorno fu serrata la legatura; talmentechè la costrizione essendo stata più forte nel nono giorno, il polipo cadde; ne sgorgò appena da due cucchiajate di sangue.

Parlando della cura dei polipi nasali, Dionis dice che varj autori, che non cita però, consigliano la legatura di quelli che sono tenui e stretti alla loro radice, e che pretendono potere essa riuscire facendola nella seguente maniera: si prenderà un lungo ago curvo di piombo o di filo d'ottone, e s'infilerà in esso del refe grosso incerato, nel mezzo del quale si farà un nodo semplice che si situerà in una pinzetta a becco di corvo: si acchiapperà il tumore con questa pinzetta, e si farà sdrucciolare il nodo fino alla di lui radice;

quindi si introdurrà l'ago nella fossa nasale portandolo fino alla faringe, ove si procurerà di prenderlo per portarlo fuori insieme col filo di cui è infilato. In questo modo, una delle estremità del filo esce dalla bocca e l'altra dal naso, e tirandole giornalmente in senso contrario, si strangola il polipo e si fa cascare. Dionis pensa che questo modo di fare la legatura sia bene inventato; ma crede che difficile ne sia l'esecuzione. Noi poi aggiungeremo a ciò che è impossibile di riuscirvi, anche quando il polipo è poco grosso, e che i tumori di questa specie, che hanno poco volume onde essere legati con questo processo, sempre legati saranno con maggiore facilità, e con minore incomodo pel malato, secondo il processo d' Eistero.

Eistero l' inventò per legare un polipo che una signora di 70 anni aveva nella narice sinistra. Il tumore era della grossezza, e presso a poco dalla figura di una susina di damas. Empiva la narice, impediva quasi affatto il passaggio all'aria, e faceva difforme il naso; era rosso, immobile; la di lui radice era dura, corta e inflessibile. Avendone esplorato il contorno con uno stile, onde conoscere gli attacchi e i limiti di esso, Eistero vedde che aderiva alla parte media e laterale del naso. Era stato tentato di distruggere il polipo con i caustici; ma ciò che ne veniva consumato la vigilia, si trovava rigenerato l' indimani. Sembrò dunque che la legatura fosse il mezzo il più conveniente da tenersi. Ed ecco come Eistero la praticò; fece fare un ago curvo, col manico, bucato vicino alla punta, ago simile a quello che Goulard inventò per legare l' arteria intercostale, ma però assai meno lungo. Avendo passato un filo di seta a doppio nell' apertura dell' ago, alzò e portò infuori colla mano sinistra la pinna del naso; tenendo nella destra l' istromento ne insinuò la punta fra il naso e il polipo, e lo internò fino al di là della radice di esso; alzò allora un poco la manica dell' istromento, e lo diresse in modo da portarne la punta in basso; tirò fuori il filo, e abbassando nuovamente il manico, estrasse

l'ago. Al filo solo rimasto fu fatto un doppio nodo. La legatura fu rinnovata coll'istesso metodo nel giorno susseguente e nel terzo; nel quarto, in cui il polipo si era fatto molto duro, e era diventato nero, si staccò mentre fu scossa la legatnra onde conoscere se stringeva ancora. In breve riprese il naso la sua forma naturale; il malato respirò liberamente, e si trovò perfettamente guarito.

Levret, che si è occupato molto della cura dei polipi della matrice e della vagina, e che ha immaginati dei metodi adattati a portare una legatura intorno ai loro pedunculi, a qualunque profondità siano essi collocati, ha applicati questi metodi ai polipi delle fosse nasali, ed è giunto a guarire diverse persone che ne erano affette. Ma fra tutti gli stromenti inventati da Levret, uno solo può servire a portare un filo all' intorno della radice dei polipi del naso: egli è quello che chiama *porta-ansa o serranodi.* Quest' istromento è una specie di pinzetta a anelli, le di cui branche hanno vicino all' estremita un' apertura oblunga, nella quale è situata una piccola puleggia: in basso, cioè a dire, distante una linea circa dalla loro riunione, ogni una branca presenta una piccola proeminenza ove è pure collocata una puleggia. In fine, gli anelli sono spaccati lungo i tre quarti della loro lunghezza. Onde legare un polipo per mezzo di quest' istromento, Levret formava con un filo incerato, un ansa più o meno grande, secondo il volume del tumore, e di cui limitava il circolo col nodo da chirurgo. I capi che pendevano del filo erano infilati separatamente, 1.° al di sotto delle puleggie superiori, passando dal di dentro in fuori; 2°. al di sotto delle puleggie inferiori, 3°. nella fessura degli anelli; e dopo aver tirati bastantemente questi due capi onde far toccare il nodo dell' ansa all' estremità dello stromento, legava i due capi fra gli anelli, prima per mezzo di un nodo passato tre volte, per timore che non si rallentasse, indi con un nodo a scorzojo bene serrato. Un altro istromento a cui Levret da il nome di con-

duttore dell'ansa, era destinato a dirigere la legatura. Allorchè era questa arrivata intorno al peduncolo del polipo, il chirurgo cavava quest'ultimo istromento, e si serviva dell'altro per stringere la legatura, tirando i capi ciondolanti del filo, mentre con lo stromento spingeva il nodo dell'ansa. Levret si è servito di questo stromento per legare i polipi della matrice e del naso, e con successo; ma avendo conosciuto che questo processo era imbarazzante pel comune degli operatori, immaginò altri stromenti, di cui parleremo quando si tratterà dei polipi della matrice.

Il primo istromento di Levret a fatto nascere l'idea di servirsi delle ordinarie pinzette a anello, forate alla loro estremità. Dopo aver passato un filo nelle due aperture delle pinzette, s'introducono chiuse fino al di là del tumore, fra i lati liberi di questo e la corrispondente parete della fossa nasale; si aprono quindi in modo tale che una delle due branche resti dalla parte della base del polipo, e l'altra strisciando al disopra dell'apice si collochi dalla parte opposta, in seguito si tirano a se; si annoda il filo, e s'impegna in due sonde d'acciajo, chiuse alla loro estremità, e per mezzo di queste si stringe il nodo vicino alla radice del polipo. Si può anche portare sul peduncolo, l'ansa di un filo passato nell'apertura delle due sonde di cui abbiamo parlato, introdurle riunite, poi separandole, e lasciandone una accanto al tumore, portar l'altra dalla parte opposta; si ritirano quindi; e dopo aver fatto un nodo, si fa uso di esse, come sopra, per stringerlo.

In fine è stato proposto, per la legatura dei polipi del naso, di servirsi dei stromenti che Desault ha inventati per quella dei polipi della matrice; ma la forma e l'angustia delle fosse nasali, rendono quasi impossibile la pratica di questi istromenti per legare quei polipi che si sviluppano in queste cavità.

Dietro tutto ciò che abbiamo detto intorno alla legatura dei polipi del naso, concluderemo, che quei casi in cui si può adoperare questo mezzo curativo sono

estremamente rari; che in quelli nei quali conviene mettere in uso i diversi processi operatorj di cui abbiamo tenuto discorso, sono presso a poco egualmente atti a sodisfare all'oggetto che ci proponiamo, e che per questa ragione medesima, bisogna accordare la preferenza agli stromenti i più semplici, si che l'ago d'Eistero, le pinzette a anello e le sonde d'acciajo.

La legatura dei polipi della gola non offre minori difficoltà di quella dei polipi del naso; difficoltà che non derivano solo dalla struttura delle parti, ma ancora dall'impossibilità in cui ci troviamo quasi sempre di conoscere il luogo che ha dato origine al tumore. L'imbarazzo è anche accresciuto dal penoso solletichio, dalle nause e dal vomito che l'impressione dei diti e gl'istromenti cagiona nella bocca posteriore. Sono stati proposti varj metodi di legatura, e tutti tendono a portare un ansa di filo d'argento o di canape intorno al peduncolo dell'tumore, per stringerlo, tagliarlo, e far cascare il polipo. Ma quest'ansa, ora è stata introdotta dalla narice, ora dalla bocca; e i mezzi che sono stati adoperati per portarla intorno alla radice del polipo, non sempre sono stati gli stessi.

Onde portare dalla narice nella bocca posteriore un ansa di filo d'argento, Levret si è servito primieramente dei due suoi tubi saldati, poi di un sol tubo la di cui apertura superiore era divisa da una traversa Ma questa operazione era talmente complicata che Levret ascrive a fortuna l'aver potuto applicare vantaggiosamente i suoi due tubi incrociati ai polipi della gola, e a quelli della vagina e della matrice. Tutti quei pratici che si sono voluti servire dei tubi di Levret per legare i polipi della gola introducendo l'ansa di filo d'argento dalla narice hanno conosciuto come lui, che se non è impossibile, almeno è estremamente difficile il riuscirvi. Ed è all'effetto appunto di rendere meno imbarazzante questa operazione, che Levret si è determinato a consigliare l'introducimento dell'ansa dalla bocca, e di servirsi de' di lui tubi incrociati per portare

l'ansa nella faringe. Ecco il manuale di questo processo operatorio; si prende un filo d'argento di coppella, ricotto e flessibile, della lunghezza di un piede e mezzo; vi si unisce uno spago incerato di eguale grossezza e lunghezza. Si uniscono insieme per mezzo di un filo di canape bene incerato che li inviluppa in linee spirali, ma accanto molto le une delle altre. Questo filo deve essere molto fine onde non dare troppo volume alla legatura, e ogni giro fissato da un nodo all'effetto che se questo filo si strappasse, in qualunque siasi luogo, lo spago non possa disgiungersi dal filo d'argento. S'immerge tutta la legatura nella cera fusa, di cui si toglie il dipiù per mezzo di un panno lino asciutto e caldo, si unta dipoi onde essa penetri liberamente nei tubi dello stromento. S'infila nei due tubi la legatura in tal guisa preparata, e ciò facendo passare i due capi dall'alto in basso. La grandezza dell'ansa è determinata dal diametro trasversale del tumore. Si chiude l'istromento, lasciando liberi alle di lui estremità i due capi della legatura; indi, dopo avere rialzata l'ansa più o meno secondo che il caso lo richiede, e in conseguenza averle fatto fare un angolo ottuso più o meno aperto all'estremità superiore dei due tubi, l'istromento che è sempre chiuso trovasi allora atto a adoperarsi. Il malato è situato comodamente in un sofà; un ajuto tiene la di lui testa; un pezzo di legno o di sughero obbliga la bocca a stare aperta. L'operatore, stando in piedi, prende nella mano sinistra una spatola o un cucchiajo per abbassare la lingua e limitarne i movimenti; colla mano destra impugna l'istrumento chiuso nell'istesso modo che tenendo delle pinzette a anello: primieramente introduce quasi orizontalmente l'ansa della legatura fino al disotto e oltre il velo pendulo palatino, se fare lo può. Alzando il polso, abbassa il braccialetto della legatura onde, internandosi nel fondo della bocca posteriore, fare passare l'ansa della legatura dalla parte bassa del polipo; quindi abbassa il polso più che può, rialza le estremità olivari dell'istromento, e fa salire il braccialetto

della legatura fino al peduncolo del tumore. Giunto a questo punto, il chirurgo cava dalla bocca il cucchiajo o la spatola, tira a se i due capi della legatura, chiude l'istromento evitando di comprendere l'ugula nel cerchio della legatura medesima. Fissa ognuno dei capi dalla loro parte girandoli più volte fra l'anello e il tubo corrispondente, ciò che è bastante per tenerli ben fissi. Allora non riman più che torcere le due porzioni della legatura all'estremità superiore dei due cilindri; torzione che si fa facilmente e più o meno forte secondo che il peduncolo del tumore è più o meno duro. A quest'epoca si sciolgono i capi della legatura dagli anelli ai quali erano stati attortigliati, si cavano i cilindri, e l'operazione è terminata. I due capi della legatura ravvicinati vengono in tutta la loro lunghezza onde farli passare nello spazio compreso fra due denti se questo lo permette, oppure, se vuoto sufficiente non v'è per riceverli, si collocano separatamente negl'intervalli naturali che esiston fra un dente e l'altro; o finalmente si situano sulle corone dei piccoli denti molari della mascella superiore, a fine di abbracciar poi, ripiegando questi capi della legatura, l'una o l'altra commettitura delle labbra, applicarli insieme sulla gota da quel lato che è stato scielto, e fissarne le estremità al berretto del malato. Ogni giorno o di due giorni in due giorni si ristringe la legatura fino a che il tumore non sia caduto. A quest'effetto, bisogna rinfilare i cilindri dell'istromento, ma allora potiamo dispensarci dall'attortigliare, come fu fatto la prima volta, la legatura intorno agli anelli; serve di tenerla forte con una mano inferiormente, nel tempo che in alto si attortiglia coll'altra, avendo cura però di tirare un poco a se onde evitare il ravvolgimento delle porzioni omai attortigliate.

Questo processo è di difficile esecuzione. L'ansa della legatura, le estremità dello stromento suscitano delle nause, e il vomito che trattengono il chirurgo e faticano il malato. D'altronde si rende quasi impossibile il portare la legatura vicino tanto al peduncolo che

si possa far perire il polipo per l'intiero: non ne viene distrutta che una porzione, per cui non si ottiene che una imperfetta guarigione; avendo poi il malato sempre a temere che ciò che è stato portato via si riproduca.

È stato ovviato in parte a questi inconvenienti introducendo dalla bocca nelle fosse nasali un filo d'argento o di canape a doppio per formare un ansa nella quale s'impegna il polipo. Herbiniaux ci ha trarmesso un fatto che fa credere che quest' idea venisse ad una persona estranea all' arte di guarire. Ecco questo fatto: un ricco signore di Cologne, chiamata Roderick, andò a Bruxelles per farsi curare di un polipo che aveva ciondoloni nella bocca posteriore, e minacciava la sua perdita. Le persone dell' arte, e Levret stesso cercarono invano di liberarlo da questo corpo estraneo. Il coraggioso malato, istruito e letterato, risolvè di tentare da se medesimo di guarirsi. Fece fare un tornaquette d' avorio, e invece di collocarvi una cannula, si servì di una fila d' acini di corona parimente d' avorio, i quali formando una colonna vuota e mobile, erano infilati di un filo a doppio, i due capi del quale erano fissati al tornaquette Ecco come fece l' operazione: inviluppò primieramente il polipo per mezzo dell' ansa di un filo libero di cui introdusse i due capi dalla bocca posteriore facendoli poi riuscire da una delle narici: gl' infilò quindi negli acini di corona che collocò l' uno dopo dell' altro, fintanto che il primo fosse arrivato molto vicino alla radice del polipo; poi legò i capi del filo sul verricello del tornaquette ec. In tal guisa il Sig. Roderick si liberò da per se di una malattia che poco era mancato che più volte gli fosse stata funesta. Solo al proprio ingegno dovè la sua salute. Egli fornì l'idea del tornaquette per fare la costrizione del polipo; e forse devesi anche alla maniera con cui operò onde inviluppare il polipo coll'ansa del filo, il ragionato metodo di Brasdor, del quale parleremo dopo aver dato a conoscere un processo analogo, consigliato da Chopart e Desault nel primo volume del loro trattato delle malattie chirurgiche, che venne alla luce nel

1779. Si prende un filo incerato che si ripiega a doppio per formare un ansa il di cui mezzo è portato con una sonda flessibile o con una candeletta, dal naso in gola, dà dove si tira fuori dalla bocca con i diti o le pinzette, dopo avervi impegnata un altra ansa di filo non incerato; si procura di portare coi diti la parte media della prima dietrò il polipo, nel tempo stesso che un ajuto ne tira simultaneamente le due estremità dalla narice, slontanandole perpendicolarmente al tumore, o, che è lo stesso, dall'alto in basso, se nasce dai lati delle fosse nasali, e trasversalmente se aderisce al piano o al velo del palato. Quando non si acchiappa, la seconda ansa serve a ricondurre la prima nella bocca all'oggetto di rincomincare i tentativi. Allorchè l'ajuto sentendo della resistenza ci avverte di essere riusciti nell'intrapresa, si fa un nodo nel filo al di fuori del naso, si chiudono i nodi colle sonde forate alla loro estremità, come abbiamo detto di sopra. I due chirurghi che hanno proposto questo processo operatorio non hanno nascosta già la difficoltà che s'incontra nel volere portare coi diti la prima ansa intorno al tumore, e ciò a motivo dell'angustia e della profondità della bocca: hanno quindi pensato che rimediare vi si potrebbe con due anse fissate sulla prima alla distanza di un pollice, fra loro e infilate in sonde forate alla loro estremità, che s'introdurrebbero dalla bocca nella faringe, onde tenere slontanate trasversalmente queste due anse se la radice del polipo è nella parte inferiore, e dall'alto in basso se esiste sui lati delle fosse nasali. Abbiamo più volte adoperato questo metodo, e con successo. Ma in luogo di servirci di un filo incerato per costituire l'ansa che deve inviluppare il polipo, abbiamo impiegata una corda di budello, che forma un ansa i di cui lati restano divaricati, quando quelli dell'ansa di filo incerato si abbassono, e si appiccicano, fra loro. Si è anche portata l'ansa dalla bocca nella faringe e nella fossa nasale per mezzo di un filo passato primieramente dalla narice in bocca, e alla estremità del quale abbiamo attaccate le

estremità della corda di budello con un filo avvolticchiato su di esse: in una parola, abbiamo messo in uso il metedo di Brasdor sostituendo un filo d'argento a una corda di budello.

Tal metodo che Brasdor non communicò all'Accademia di chirurgia che nel 1783, ma che dice esserle riuscito da più di trent'anni, consiste nell'inviluppare il polipo per mezzo di un'ansa di filo d'argento di coppella, di cui si fanno passare le estremità dalla bocca posteriore, onde ricondurle dalla narice. Questo filo d'argento è composto di due fili attortigliati a guisa di spirale, lungo diciotto pollici, ripiegato ad ansa nel suo mezzo, e formante ad ognuna delle estremità un anello, all'oggetto di passarvi un filo di canape, lungo tre o quattro pollici, e del quale si annodano insieme le due estremità. Un altro filo di canape, composto di diversi fili riuniti e incerati, si fa passare nella grande ansa formata dal filo d'argento; se ne annodano pure insieme le due estremità. Questo ultimo filo è destinato a ricondurre l'ansa del filo d'argento in gola, nel caso in cui non avesse agito sul polipo come si desidera, e favoriti da questo mezzo potersi dedicare a nuovi tentativi.

Avendo preparato in tal guisa il filo d'argento, si procede all'operazione. Il malato viene situato come si è detto superiormente. Il chirurgo introduce l'istromento di Bellocq nella narice, lungo la di lei parete inferiore, fino a che sia arrivato oltre l'apertura posteriore, al disopra del velo palatino; pigiando allora quella molla che è all'estremità dello stile rinchiuso nella cannula di questo stromento, si fa uscire la lama elastica che è fissata all'altra estremità dello stile; questa lama si piega, e la di lei estremità bottonata si presenta così in fondo alla bocca. Attacca a questo bottone il filo di canape, che è legato all'estremità del filo d'argento; cava lo stile, e la lama elastica rientra nella cannula. Tira l'istromento fino a che non sia uscito fuori dalla narice, e taglia in vicinanza del bottone, il filo di canape, che allora dalla bocca passa nel naso. Ciò fatto, seguita a tirare il filo

di canape, e con esso i due bottoni del filo d'argento, fintanto che siano fuori del naso, e l'ansa sia nella bocca. A quest'epoca egli esamina se quest'ansa è di dietro o davanti al polipo; se è d'avanti, vuol dire che questo tumore prende origine dalla parte superiore della narice, e l'operazione è più difficile; se è di dietro, il polipo è aderente al piano alla parte inferiore del setto divisorio delle fosse nasali, e più facilmente s'impegna nell'ansa. Quindi l'operatore prende con una mano i due capi del filo d'argento che tira al di fuori; porta il dito indice è il medio dell'altra mano nell'ansa per tenerla aperta, dirigerla, e condurla intorno al polipo. Si giudica che questo è stato compreso da essa, quando il filo d'argento è trattenuto, e non obbedisce al tiramento che se ne fa. Nell'opposto caso, il filo di canape che è situato sulla parte media dell'ansa, serve a ricondurla in dietro, onde darle una migliore direzione. Quando il tumore trovasi fra le branche dell'ansa, e che le due estremità del filo non possono venire più avanti, si passono nel tubo, da quell'estremità su cui esiste la traversa destinata a tenerle separate; e allorachè questo tubo è internato più che sia possibile nella narice, si attortiglia i fili agli anelli che trovansi dall'altra estremità della cannula. Allora non rimane che a far girare questa cannula intorno a se stessa, e nel medesimo senso, all'oggetto di torcere i fili e stringere la radice del polipo. La torzione non deve essere troppo forte, giacchè i fili potrebbere strapparsi. Si lascia nel posto la cannula, e si fissa al berretto del malato, onde potersene servire, per torcere il filo, e sempre più diminuire la larghezza dell'ansa.

Desault che ha immaginati per la legatura dei polipi della matrice, degli istromenti ingegnosissimi, praticava anche un processo operatorio particolare onde legare i polipi della gola. Gl'istromenti dei quali si serviva sono, 1.° una cannula d'argento, lunga da cinque in sei pollici del diametro di un terzo di linea, curva da una estremità che è in forma d'uliva; 2.° una sonda

di gomma elastica, di piccolo calibro e flessibilissima; 3.° uno serra-nodi, che non è altro che una bacchetta d'argento, lunga da cinque in sei pollici, piatta e spaccata ad una estremità, leggermente piatta anche all'altra, che è ricurva ad angolo retto, e avente una apertura tonda; 4.° una legatura lunga un piede e mezzo, e formata da due fili incerati e torti insieme; 5.° un ansa di filo semplice, di colore differente a quello della legatnra. Ecco come si opera:

Situato e tenuto il malato, come nei processi che noi abbiamo testè descritti, s'introduce orizontalmente la sonda di gomma elastica in quella narice in cui il polipo è situato, e quando è arrivata dietro il velo pendulo palatino si porta il pollice e l'indice nella faringe per prenderla, e si conduce la di lei estremità fuori della bocca. Nel tempo che un' ajuto tiene le due estremità della sonda, si lega a quella che esce dalla bocca, una delle due estremità della legatura, e le due estremità dell' ansa; si ritira la sonda dalla narice, si conducono al suo posto quei fili che vi sono legati, e si sciolgono. La sonda diviene allora inutile; la sonda non formava oggetto che nel primo tempo dell' operazione, e a ciò si potrebbe egualmente servire coll' istromento di Bellocq.

Trovasi dunque nella fossa nasale un' ansa, e una legatura che da una parte esce dalla narice, dall' altra dalla bocca; si danno a tenere a un ajuto le estremità dell' ansa della legatura che escono dal naso, e ad un altro ajuto l'ansa di filo che viene oltre la bocca. L' operatore stesso prende il capo della legatura, che esce pure dalla bocca; l' infila nella cannula, e fa questa sdrucciolare fino all' attacco del polipo; gira colla cannula intorna alla base del tumore, il più vicino possibile alla di lui inserzione, onde formare colla legatura una ansa dalla quale venga abbracciato il peduncolo del tumore. Disposte così le cose, il chirurgo fa passare nella connula l' ansa di filo semplice, che esce dalla bocca; indi acchiappando le due estremità di que-

st'ansa, le tira a se. L'ansa striscia lungo la cannula; incontra alla base del tumore quella legatura che ha servito a circondarlo, e la tira con se fuori dall'apertura anteriore della fossa nasale. Si hanno allora i due capi della legatura al di fuori della narice mentre la sua parte media forma un ansa che circonda il pedunculo del polipo. L'ansa del filo semplice, e la cannula divengono inutili appena che il capo della legatura che corrisponde alla bocca è stato condotto all'esterno, traversando la fossa nasale dal di dietro in avanti. A quest'epoca non si tratta più che d'impegnare i due capi della legatura nell'apertura del serra-nodi, e di portare questi fino al pedunculo del polipo, che trovasi allora più o meno compreso, secondo, il grado di torzione che si esercita sui capi della legatura. Quando si crede che sufficiente sia la costrizione, s'impegnano questi due capi della legatura nella fessura dell'estremità piatta del serra-nodi, e si attortigliano intorno a questa estremità. Il serra-nodi rimane nella fossa nasale, e serve a ristringere la legatura a misura che essa si slenta in conseguenza dell'inflaccidimento del peduncolo del tumore. Questo processo è semplicissimo. Non offre altri inconvenienti che quello di obbligare a ricominciare l'operazione per intiero, quando non è stato preso il tumore. Ad onta di ciò, penso che meriti la preferenza a confronto di tutti quelli di cui abbiamo parlato.

Qualunque siasi il processo adoperato per la legatura dei polipi della gola, devesi, se è possibile, traversare il tumore con un filo, le di cui estremità usciranno dalla bocca, e verranno fissate al berretto del malato. Questo filo servirà a tirar fuori il tumore, quando si sarà staccato. Non mettendo in pratica una tale precauzione vi sarebbe da temere che il malato inghiottisse il polipo, oppure, e questo sarebbe più pericoloso, che il tumore lo soffocasse chiudendo l'ingresso della faringe. Per situare questo filo, noi ci serviamo di un piccolo ago ricurvo, collocato all'estremità di un porta-aghi. Quando l'ago ha traversato il tumore,

si ritira il porta-aghi, e se ne acchiappa la punta, o con quest'ultimo stromento, o con i diti pollice e indice.

Dopo l' operazione il malato può rimanere in un canapè per tutto il giorno. Nella notte, se è a letto, bisogna che si metta in una situazione tale che i putridi umori, che quanto prima trasudano dal tumore, possino facilmente uscire e non siano in parte alcuna trangugiati colla saliva. In tutto il tempo della cura, di maggiore o minore durata, secondo la grossezza del pedunculo del tumore, e il grado di costrizione, il malato non trascurerà di asciaquarsi spesso la bocca, specialmente prima di prendere le tisane e i brodi. Gli faremo conoscere a qual uso sia stato destinato quel filo che passa il tumore da parte a parte, e gli raccomanderemo di servirsene, per tirarlo fuori, appena si sarà staccato.

Allorchè quei polipi che furono abbandonati a se stessi, o irritati vennero con imprudenti tentativi, hanno rivestito il carattere canceroso, bisogna guardarsi bene dall'irritarli col ferro, o cogl'escarotici. In questo caso, non si può far uso di altro mezzo, che del regime e dei rimedj dolcificanti e calmanti, all' effetto di rendere meno penosa la malattia, e ritardare, se è possibile, il termine funesto di essa.

Ingrassamento della Membrana mucosa del Naso.

Non bisogna confondere i polipi nasali coll' ingrossamento o il sollevamento della membrana pituitaria. In quest' ultimo caso, che ora attacca tutte due le narici, ora non ne attacca che una, la membrana mucosa inflaccidita prende talora un ingrossamento piuttosto considerabile, senza perdere il suo colore naturale; o se desso cambia, il cambiamento è lieve. La tumefazione della membrana pituitaria, è il risultato ben spesso di un affezione venerea, scrofolosa o erpetica. Altre fiate è occasionata dal lungo soggiornare in luoghi bassi e umidi. Le persone che ne sono affette, non soffrono ordinariamente altro incomodo, che quello che vien dietro all' otturamento totale o incompleto della narice.

Allorchè in conseguenza di circostanze commemorative o di altri accidenti, siamo indotti a credere che l'ingrossamento della membrana pituitaria, dipenda da un affezione generale, fa d'uopo combattere quella diatesì che sospettiamo possa regnare, prima di mettere in pratica dei topici di sorta alcuna. Se poi la malattia ci pare meramente locale, si mettono in uso i derivativi, e particolarmente degli emuntorj e dei purganti. In questo caso, come pure in quello in cui il male provenendo da un vizio generale, non è stato debellato ne dai mezzi addattati a distruggere il vizio, ne dagli emuntorj, bisogna occuparsi per facilitare il passaggio dell'aria pel naso, abbassando la membrana tumefatta. Si proveranno primieramente le injezioni disseccanti, spinte con molta forza, onde il liquido penetri, se è possibile, fino in gola. Non bisogna che questo liquido sia di natura da non poter essere ingollato senza pericolo. Se queste injezioni non sono bastanti per rendere la membrana pituitaria al suo stato naturale, si ricorrerà a dei mezzi meccanici per dilatare la narice, abbassando la sua membrana. Ledran ha fatto uso a quest'effetto, di corde di budello, che introduceva lungo il piano delle fosse nasali, arrivando fine all' ugola; ne adoperò in principio una piccolissima, e successivamente ne introdusse delle più grosse, fino a che fu arrivato, non già a guarire la malattia, ma a renderla piu soffribile. Si otterrà il medesimo risultato, ed anche con maggiore sicurezza e prontezza, per mezzo di cannule di gomma elastica, che si faranno tenere al malato notte, e giorno per moltissimo tempo.

ARTICOLO III.

Malattie del Seni Massillari.

Le malattie che possono attaccare i seni massillari, sono le ferite, l'infiammazione, il cumulo di muco, la suppurazione, la carie, la fistola, il sarcoma o polipo, l' esostosi i corpi estranei.

Ferite del Seno Massillare.

Un istromento pungente può penetrare in questo seno, forando le di lui pareti senza sfondarle. Le ferite di questa specie non danno luogo ordinariamente a verun accidente, e la loro guarigione è facile e pronta. Un istromento tagliente può aprire il seno massillare fendendo unicamente le sue pareti, o portando via una porzione di queste pareti unitamente alle parti molli che le ricuoprono, e che formano allora un lembo il quale rimane attaccato alla gota per mezzo di una base più o meno grossa. Nell' un caso e nell' altro, fa d' uopo riunire la ferita con i cerotti agglutinativi, con una fasciatura, ed anche colla sutura, se giudicasi necessario. I corpi contundenti che colpiscono il seno massillare, possono fratturarne le pareti senza sfondarle, o fratturarle e sfondarle nell' istesso tempo; e in questi due casi, le scheggie o tengono ancora al rimanente dell' osso, o ne sono affatto separate. In ciascuna di queste circostanze, le parti molli rimangono fortemente contuse, e ha luogo una tumefazione inflammatoria più o meno considerabile. Se la ferita non è accompagnata dallo sfondamento dell' osso, non v' è da far altro che combattere l' ingorgo e la tumefazione, per mezzo degli antiflogistici generali e locali. Si unisce ad una tale indicazione quella di rialzare i pezzi sfondati quando ciò s' incontri e di estrarre le scheggie che sono affatto separate, qualora ve ne siano. L' estrazione di queste porzioni d' osso in generale è assai facile; ma non è molto facile il sollevare le pareti sfondate di un seno, e prevenirne la difformità, quando lo sfondamento è considerabile. Talvolta queste ferite restano fistolose in conseguenza di una scheggia o di un altro corpo estraneo, e non guariscono che alloraquando sono state private di questo corpo, o che è egli venuto via colla suppurazione. Se sussiste la fistola dopo che il corpo estraneo è stato levato di mezzo, ciò significa che essa dipende da

carie o dal soggiorno del pus nel seno; in questo caso una contro apertura è necessaria per la guarigione della malattia.

Infiammazione del Seno Massillare.

La membrana che riveste il seno massillare è talvolta la sede di un infiammazione cui non partecipa il rimanente della membrana pituitaria. Questa infiammazione può essere cagionata da un colpo dato sulla gota, dal vajolo, dalla rosolia, ec. Ma la causa la più ordinaria di essa, si è la carie e il mal di denti.

I di lei sintomi non sono sempre distintissimi; è vero che un vivo dolore, fisso e profondamente situato nella gota, a contare dall' arco alveolare fino al disotto dell' occhio, che il calore locale, le pulsazioni e qualche volta anche la febbre sono dei segni dietro i quali non è permesso di sconoscere quell' infiammazione di cui si tratta; ma troppo sarebbe che esistessero in tutti i casi; dimodo che il più sovente non potiamo che avere un qualche sospetto su questa malattia. Si combatte coi rimedj generali all' infiammazione, e specialmente distruggendo la causa se ci è nota. Del resto, questa malattia meriterebbe poca attenzione, e non esigerebbe quasi rimedj di sorta alcuna, se non fosse soggetta a terminare con una esalazione di muco più o meno considerabile, e più spesso ancora con una esalazione purulenta, il di cui cumulo produce, nel primo caso, una specie d' idropisia, e nel secondo un ascesso del seno.

Dell' Idropisia del Seno massillare.

Quella membrana che ricuopre il seno massillare non secreta, nel suo stato naturale, che pochissima quantità di muco; ma allorchè è irritata da una qualunque siasi causa, la mucosa secrezione si aumenta, il muco si accumula nel seno, si fa più denso, e ne distende le

pareti. Questa malattia è stata osservata più sovente nei soggetti giovani che sulle persone avanzate in età. Di tre individui, sui quali l'ho osservata, il più attempato non aveva ancora 20 anni. Si sà poco intorno alle cause che producono questa malattia. Talvolta è stata attribuita ad una percossa sulla gota, alla carie di uno o più denti, allo sviluppo di un qualche dente nel seno. Ma più spesso ancora una tale malattia è stata osservata in persone esenti da simili accidenti, onde non solo senza aver potuto assegnarne la ragione, ma anche senza poterla nemmeno sospettare.

Qualunque sia la causa che aumenta la secrezione mucosa nel seno massillare, e che determina il cumulo di muco in questa cavità, questo umore agisce sulle pareti del seno, e gli effetti che ne risultano variano, secondo il grado di resistenza che gli oppongono queste pareti. Il muco comprime egualmente tutti i punti della superficie interna del seno; ma siccome la parete anteriore è la più sottile gli effetti di una tale compressione ivi son più marcati. Quella parete è sollevata, renduta sottile, e sulla gota forma un tumore duro, immobile, indolente, senza impastamento ne fluttuazione, e la di lui superficie eguale e liscia è coperta dalla membrana distesa della bocca. Allora quando questo tumore è voluminoso, la lamina ossea che costituisce la parete anteriore del seno, a grado a grado fatta più sottile, apresi finalmente al disopra dell'eminenza molare, e le pareti del tumore in questo sito non sono più formate che dalla membrana del seno, e da quella della bocca, la di cui grossezza è cresciuta. Nel caso del quale abbiamo ora parlato, il tumore di pende dal distendimento della parete anteriore del seno, e la grandezza di questa cavità è aumentata di poco.

Ma avvene un altro, in cui tutte le parti del seno sono slontanate dal loro asse, e in cui questa cavità acquista un'estenzione enorme. Il Sig. Professore Dubois ne communicò un esempio alla Società della Facoltà di Medicina, che fu inserito nel bullettino della medesi-

ma, anno 13, n°. VIII. Un giovine, che ha ora 24 anni, era giunto al settimo anno e qualche mese di sua vita, quando i di lui genitori si accorsero che aveva alla base dell'apofisi saliente dell'osso massillare, dal lato sinistro, un piccolo tumore durissimo, tondo, e della grossezza di una nocciola. Il ragazzo non soffrivane dolore; il tumore non cresceva di volume, per cui se ne occuparono poco. Un anno doppo facendo il ragazzo una cascata battè la faccia: in questa circostanza provò uno scolo assai considerabile dal naso, e due o tre segni di contusione, e particolarmente sul piccolo tumore. Furono applicate delle pezzette bagnate d'acqua salata, e quanto prima il ragazzo non soffrì più dolori. Dagli otto ai quindici anni l'aumento del tumore fu impercettibile. Nell'anno susseguente, si avveddero un pò del suo accrescimento, e dette luogo a lievi dolori. Dal sedicesimo al diciottesimo anno, il volume di esso crebbe tanto considerabilmente, che il piano della fossa orbitaria fu sollevato; l'occhio sinistro compresso dal basso in alto, sembrava più piccolo dell'altro; l'apertura delle palpebre era limitatissima; l'arco palatino depresso formava un tumore della grassezza di un uovo tagliato secondo il suo più gran diametro; la fossa nasale era quasi intieramente scomparsa. Sopra la fossa sott'orbitaria, esisteva un eminenza che sopravanzava il livello della gota di quasi 4 centimetri. Il naso era spinto moltissimo a destra; nella parte superiore del tumore, e al disotto della palpebra inferiore la pelle aveva acquistato un colore violetto, e sembrava che fosse presto per rompersi. Conservava il suo colore naturale su tutto il rimanente del tumore. Il labbro superiore era sollevato, in modo che si poteva vedere dietro il medesimo tutta la regione delle gingive del lato sinistro, che era portata molto più in avanti di quella del lato destro. In questo luogo solamente, si rimarcava un leggero ingrossamento nell'osso che costituiva le pareti della presunta cavità. Il malato non poteva

parlare che con difficoltà; e respirava con pena; dormiva faticosamente, la di lui masticazione era penosa. Fu presentato in tale stato al Sig. Dubois nei primi giorni del mese di settembre 1802.

La gravezza di questa affezione, l'incertezza in cui si trovò il Sig. Dubois intorno al genere d'operazione che conveniva scegliere, lo determinarono a pregare il padre onde chiamare a consulto i Sigg. Sabatier, Pelletan e me. Si credè tutti che la malattia consistesse in un tumore fungoso del seno massillare, e che convenisse operare. Restò al Sig. Dubois la cura di scegliere quell'operazione che avesse giudicata la più convenevole; ed ecco come egli stesso descrive il metodo che tenne nell'operare.

» La mia attenzione si arrestò primieramente su quella specie di fluttuazione che riscontrai dietro il labbro superiore, e nella regione gingivale; e quantunque avessi in pesiero che la malattia consisteva in un tumore fungoso, non dovei sospettare, in questa apparente fluttuazione che una piccolissima quantità di fluido icoroso, la di cui evacuazione a nulla servirebbe per illuminarmi vie maggiormente, nulla dimeno mi decisi a praticare su questo punto, seguendo la direzione dell'arcata alveolare, un incisione della grandezza di tre centimetri. Quest'apertura dette luogo all'uscita di una quantità molto grande di sostanza linfatica molto vischiosa, e simile a quella che vien fuori dai ranocchietti. Introdussi immediatamente in questa apertura, una sonda tonda, e fui al sommo sorpreso di potere per mezzo di essa percorrere una cavità che sembravami corrispondere a tutta l'estenzione del tumore. Facendo varie ricerche, onde venire in chiaro sull'esistenza, o non esistenza di una qualche fungosità, mi accorsi di aver urtato in un corpo, come se stato fosse un dente. Credei che nell'abbasare la sonda, io avessi toccato uno dei denti incisivi che trovavansi intorno all'apertura da me fatta pocanzi, e la vera idea che formare me ne poteva, la lasciai indietro. . » Cinque

giorni dopo questa prima operazione, ne praticai un altra nel modo seguente.

„ Feci l'estrazione di tre denti, i due incisivi e uno molare; portai via con un addattato istromento, il margine alveolare corrispondente ai denti levati, per l'estenzione di quattro centimetri di lunghezza, e di due e mezzo di largazza; sgorgò molto sangue, che credei dovere arrestare. Passati due giorni, cadde l'apparecchio che io avevo applicato: allora avendo fatto situare convenientemente il malato, mi fu facile di esaminare coll' occhio tutto l'interno della cavità. Così scorsi nella parte la più elevata, e nel luogo che corrispondeva alla ripiegatura dell'orlo sott'orbitario, un pnnto bianco che credei essere della marcia. Vi portai la sonda, e l'urto che vi feci mi rammentò quello che avevo sentito il giorno della prima operazione. Distinsi quanto prima che si trattava di un dente che immediatamente estrassi, adoperando però molta forza, a motivo della disposizione della radica. Questo dente era un dente canino, il di cui sviluppo era perfetto respettivamente alla corona, ma il di cui vertice della radica era piatto e come ribadito, per l'effetto senza dubbio di quella compressione che aveva sofferta per parte della resistenza, nello sviluppo contro natura dell' osso massillare.

„ Il seguito della cura non offrì niente di particolare; si fecero delle injezioni detergenti, e si medicò con leggerezza. Nello spazio di 40 giorni, tutta la cavità disparve; ma il tumore della gota, quello del arco palatino, la deviazione del naso rimanevano ancora. Da quest' epoca in poi, cioè da diciassette mesi in quà la natura ha ripresi tutti i suoi diritti, e qualunque difformità è scomparsa. „ Due pezzi in cera, eseguiti dal Sig. Pinson, e depositati nel Museo anatomico della Facoltà di Medicina, rappresentano fedelmente e la malattia e lo stato attuale di quell' individuo che ne fu affetto.

Questa osservazione ci mostra quanto sia difficile in certi casi, il distinguere un tumore costituito dal cu-

mulo di muco nel seno massilare, da un sarcoma sviluppatosi nella stessa cavità. La diagnosi dell'idropisia del seno non offre le medesime difficoltà, quando la parete anteriore è unicamente dilatata, e il tumore è limitato alla gota; giacchè non vi sono esempj di sarcoma del seno massillare, che non abbino sollevata che la di lui parete anteriore. Con tutto, ciò, anche in questo caso, possono aversi pure dei dubbj, e generalmente non si conosce bene la natura e l' estenzione della malattia, che dopo avere aperto il tumore.

È stato pensato di poter guarire l'idropisa del seno massillare, injettando in questa cavità, dalla sua apertura naturale, dei liquidi detergenti e risolutivi, e raccomandando al malato d' inclinare la testa dal lato opposto, onde facilitare lo scolo della materia. Ma oltre che è molto difficile di arrivare all' ingresso del seno, che trovasi probabilmente obliterato, allorchè la malattia si manifesta all' esterno, il muco ha acquistato un condensamento tale, che sarebbe impossibile di farlo venir fuori per mezzo delle injezioni. Si è obbligati perciò ad aprire il tumore in un luogo e fare l' apertura di una estenzione bastante da permettere al muco una libera uscita.

Quando il tumore limitasi alla parte anteriore del seno, se uno o più denti molari trovansi cariati, dolenti, bisogna estrarli, perforare dell' alveolo il fondo, e praticare nel margine alveolare una sufficiente apertura, onde la materia possa scolare liberamente. Se al contrario, i denti sono sani e impiantati solidamente nelle respettive loro cavità, si principierà dal fare nella parte inferiore del tumore, un incisione curva, la di cui concavità sarà voltata in alto; si taglierà con un forte pajo di forbici, il lembo risultante da questa incisione, e si otterrà così un'apertura, con perdita di sostanza, di un estenzione proporzionata al volume del tumore. L' esperienza ha dimostrato che una semplice incisione non basta, giacchè i labbri di questa incisione presto si riuniscono, e il tumore non stà molto tempo a ripresen-

tarsi. Due malati che non erano guariti dietro una semplice incisione, rimasero sani dopo che io ebbi fatta un apertura con perdita di sostanza. Finalmente, quando il tumore è formato dal concorso di tutte le pareti del seno, e che ha un estensione enorme, come nell' osservazione del Sig. Dubois, estrarre si devono, dietro l' esempio di questo abile pratico, due o tre denti, e portar via una porzione dell' orlo alveolare, per un tratto proporzionato al volume del tumore. In qualunque luogo, ed in qualunque siasi maniera aperto venne il seno, allorchè la materia che rinserra è sgorgata, si empie di stuelli legati, che non si tolgono che dopo 24 ore. Nelle successive medicature, si fanno delle injezioni detergenti, e si medica leggermente con dei stuelli legati. Lasciato passare qualche tempo non si fa più uso delle fila, e ci contentiamo delle injezioni che il malato può fare da se stesso più volte al giorno. Le pareti del seno ritornano a poco a poco allo stato naturale, l' apertura si ristringe, ma non si chiude che dietro un tempo lunghissimo, come pure lunghissimo è il tempo che ci vuole, perchè sparisca affatto quella difformità che è prodotta dalla malattia.

Ascessi del Seno Massillare.

L' infiammazione di quella membrana che ricuopre il seno massillare, può terminare colla suppurazione, o dar luogo ad una collezione di marcia in questa cavità; ma questa non è la causa che più d' ordinario fa nascere gli ascessi del seno. Più spesso prodotti sono dalla carie dei denti che alterano gli alveoli e le pareti del seno, dagli ascessi delle gengive o parulidi, e da un tubercolo che sviluppasi alla radice di un qualche dente che corrisponde al seno. Talora anche, un ascesso formatosi al di fuori di questa cavità, determina la denudazione e la carie dell'osso massillare, come pure l'ulcerazione della membrana del seno; si stabilisce allora

una comunicazione fra l' ascesso esterno, e questa cavità, nella quale il pus viene a cadere.

Qualunque siano le cause della suppurazione nel seno massillare, produce essa degli effetti diversi. Se libera sia l' apertura naturale del seno, la marcia scola in parte quando il malato si colloca in certe posizioni, e particolarmente quando coricasi sul lato opposto alla malattia; potrà ancora, in vista di altre situazioni che conoscerà addattate, e per mezzo di forti ispirazioni, procurare l' uscita alla marcia; ma siccome il pus non può escire per intiero, e l' esulcerazione della membrana del seno non può essere detersa, convien temere che la malattia si propaghi alle parti circonvicine. La diagnosi si ricava da quelle circostanze che hanno preceduto lo scolo purulento o sanioso dal naso; scolo che accompagna talvolta una tumefazione simile a quella cui da luogo il cumulo del muco.

Quando non è libera l' apertura naturale del seno depravasi la materia che contiene; agisce quindi sulle pareti del seno, e si apre una strada distruggendo l'osso, siasi dalla parte degli alveoli, siasi dalla parte della gota, o anche verso l' orbita. Le parti molli che ricuoprono la porzione distrutta del seno, s' ingorgono, s' infiammano, suppurano, e formasi un ascesso l' apertura del quale lescia uscire un pus fetido, e assai più abbondante di quello chè il vuolume del tumore lo annunziasse. Quest' apertura degenera quanto prima in fistola dalla quale esce giornalmente una gran quantità di materia. Uno stile introdotto in questa apertura fistolosa, penetra facilmente nel seno, e non lascia dubbio alcuno sulla natura della malattia. Se contemporaneamente esistono due tumori, come è stato osservato qualche volta, la pressione che si esercita sopra uno di essi aumenta il volume e la tensione dell' altro; se si formano due fistole, due stili introdotti nelle loro aperture respettive s' incontrano nel seno.

L' ascesso del seno massillare non è già una malattia pericolosa, giacchè non compromette mai la vita delle

persone che ne vengono attaccate; ma l' allontanamento delle pareti di questa cavità, la carie, la caduta dei denti, che sono effetti ordinarj di questa specie d'ascesso, cagionano un grandissimo incomodo, una difformità veramente brutta, ed esigono un lungo trattamento e operazioni più o meno dolorose.

La cura varia secondo lo stato delle parti affette, e secondo le cause che hanno prodotta la malattia e che la fomentano.

Allorchè il pus ammassato nel seno massillare è in parte versato fuori, dall'apertura naturale di questa cavità nella fossa nasale, allorchè le pareti del seno non sono ne distese, ne affette da carie, e che tutti i denti sono sani, è stato pensato che si potrebbe guarire la malattia, coll' eccitare lo scolo del pus per mezzo di una convenevole posizione, per mezzo di rimedj generali addattati alla natura della causa nota o supposta della malattia, e sopratutto per mezzo d' injezioni detergenti, spinte nell' apertura naturale del seno, con una cannula curva, introdotta dalla narice e dal meato medio. Un tal metodo fu proposto all' Accademia di chirurgia nel 1765, da Jourdain, e rivendicato da Allouel il figlio, a favore di suo padre che lo aveva ritrovato nel 1737, e messo in pratica con successo, nel 1739. Il ragionamento e l' esperienza hanno dimostrata l'insufficienza di queste injezioni; ed un tal metodo è caduto quasi appena che fu proposto.

Non si possono guarire dunque gli ascessi del seno massillare, la carie e le fistole che di frequente gli vengono dierto, che col praticare una apertura artificiale che lasci un libero sgorgo alla materia purulenta. Il margine alveolare corrispondendo alla parte la più declive del seno, e il fondo degli alveoli dei denti molari; non essendo separato da una tale cavità che per mezzo di una lamina ossea finissima, che in alcuni soggetti perforata è anche dalla radice dei denti, quivi si pratica l' apertura del seno. Ecco il metodo che noi

teniamo in questa operazione. Se mancano al malato diversi denti molari, profittiamo di questa breccia onde forare il margine alveolare; se esistano tutti i denti, caviamo quei molari che sono cariati, o che dolgono, e qualora tutti i denti siano sani e insensibili percuotendoli con una tenta, si porta via il terzo e quarto dei molari, giacchè sono quelli gli alveoli dei quali corrispondono nel mezzo della parte la più bassa del seno. Isoliamo dalle parti circostanti, quelle gingive che cuoprono la porzione dell' orlo alveolare che deve essere bucato, con quattro incisioni, due delle quali longitudinali, una al di fuori e l' altra al di dentro, due trasversali una anteriore e l' altra posteriore, che cadono perpendicolarmente sulle due prime. Quella porzione di gingive circoscritta da queste incisioni, priva di qualunque communicazione colle vicine parti, potrà essere strappata senza far soffrire il malato. Ciò fatto si buca il margine alveolare per mezzo di un perforante appuntato, montato in un manico a facciette onde non sdruccioli in mano, il quale si fa agire girandolo. Questo istrumento fa la strada ad un altro perforante, la di cui punta è troncata e rotonda, e col quale s' ingrandisce l' apertura, senza esporsi a ferire la parete superiore del seno. Bisogna dare tanta estensione all' apertura, da potervi introdurre il dito minimo. In generale è meglio che sia piuttosto grande che piccola. Non bisogna dimenticare che l' evento favorevole dell' operazione, dipendendo dal libero scolo della materia purulenta, non potrà mai essere troppo grande quell' apertura dalla quale deve escire. Noi insistiamo su questo, perchè non abbiamo mai veduto accadere degl' inconvenienti per causa di una larga perforazione, e perchè abbiamo veduto divenire fistolosa l' apertura praticata al seno, precisamente per essere troppo piccola. Soprattutto necessaria sarà una larga apertura quando la malattia avrà prodotta una grande alterazione delle parti, e che le pareti del seno saranno distese e rammollite. In questo caso, può essere prati-

cata, non colla semplice terebrazione del margine alveolare, ma tagliando con un paro di forti cisoie una parte del seno.

Dopo di avere aperto il seno per una estensione appropriata, si riempie con dei stuelletti legati, e si esercita sulle molli parti divise, una sufficiente compressione onde arrestare il sangue. Avviene di rado che questa operazione venga susseguita da emoragia. Pur non ostante, un malato a cui avevo aperto il seno per una grande estensione, ebbe nella notte un emoragia che poteva divenire funesta per incuria del chirurgo che fu chiamato per soccorrere il malato, e che non esercitò che una debole compressione. Il sangue non cessò di sgorgare che dietro l'eccessivo indebolimento di forze. Ordinariamente, in capo a ventiquattr'ore, sopravviene una dolorosa gonfiezza alla gota, per motivo della quale si è obbligati ad adoperare i cataplasmi emollienti. Allorchè si è essa dissipata, e che sono state ritirate tutte le fila di cui era pieno il seno, il trattamento consiste nell'injettare in questa cavità, un liquido le di cui qualità devono essere addattate allo stato delle parti. Le injezioni saranno ripetute tre o quattro volte nella giornata, e s'insegnerà al malato a farle da per se, affinchè non abbia bisogno dei soccorsi del chirurgo durante il tempo, ordinariamente lungo, che continua la cura. Onde facilitare il libero scolo del pus verso la parte la più bassa del seno, è stato consigliato di servirsi di una cannula d'argento o d'oro; ma un tal metodo non può essere utile, che allorquando non è stata fatta un apertura bastantemente grande; ed allora spesso la canuula è insufficiente per guarire il male, e bisogna perforare di nuovo e più largamente, il margine alveolare. Quando abbiamo procurata una facile uscita alla marcia, i labbri dell'apertura si ravvicinano da per loro; essa diminuisce e si chiude con maggiore o minore lentezza, secondo che le pareti del seno, e la di lui membrana, sono più o meno malate.

L'orlo alveolare non è il solo punto del seno in

cui sia stato immaginato di praticare un apertura per dare uno scolo al pus rinchiuso in questa cavità, Lamorier, celebre chirurgo di Montpellier, ha supposto per questa apertura, un punto di elezione e uno di necessità. L'ultimo è indicato da una fistola o dalla carie in un sito qualunque dell' osso massillare ; l'altro è sotto l' eminenza molare. Consiglia Lamorier di bucare ivi l' osso per mezzo di una corona di trapano. Questo punto di elezione, nel maggior numero dei casi, non è il più favorevole alla guarigione della malattia, perchè non corrisponde alla parte la più declive del seno, e perche praticando l'apertura con questo metodo rimane spesso fistolosa, o non si cicatrizza che dopo un tempo lunghissimo. Lungi dunque dall'essere d'accordo con Lamorier, noi pensiamo che anche nel caso in cui esistesse gia una carie, una fiistola nel punto che egli crede il più vantaggioso, bisognerebbe non dimeno fare la contro apertura nel margine alveolare, onde dare un facile sgorgo alla marcia, ed ottenere nna pronta e sicura guarigione. Del resto qualora si volesse forare il seno al di sopra dell'arcata alveolare, all' effetto di conservare i denti sani, converrebbe piuttosto seguire il metodo di Desault, che consiste nell' aprire il seno nella parte inferiore della fossa canina, per mezzo del perforante di cui abbiamo parlato.

Gli ascessi del seno massillare, sono accompagnati qualche volta da sintomi tali che meritano un attenzione particolare, e rendono necessarie certe modificazioni relıtave alla cura. Quando si sono formate delle fistole alla gota al disotto dell' occhio, è inutile d' ordinario l' aggrandirle per mettere allo scoperto gli ossi ; bisogna guardarsi bene nel caso di questa specie di aumentare quella difformità che evitare non si può, e di ritardare la cicatrizzazione col produrre una perdita maggiore di sostanza. Perciò, ci contenteremo di cuoprire queste fistole con delle fila, e si vedranno chiudere a poco, a poco quando alla parte la più bassa del seno sarà stata praticata una conveniente apertura.

Nel caso in cui la fistola che spontaneamente si è

formata trovasi dietro il labbro superiore, sotto l'arcata alveolare nell'interno della bocca, dispensati siamo dall'adoprare qualunque siasi medicatura, e questa circostanza non esige cambiamenti riguardo al metodo curativo.

La malattia del seno massillare produce in certe circostante una gonfiezza talmente considerabile alla gota, che il malato non può aprire punto le mascelle: in questo caso è affatto impossibile di procedere all'estrazione dei denti, ed è pur nondimeno indispensabile di soccorrore il malato che non può masticare, e presso cui la difficoltà di deglutire cresce di giorno in giorno: allora fa necessariamente d'uopo il praticare un'apertura al seno, nel punto indicato da Lomorier, o meglio anche nella fossa canina, come faceva Desault. Quest'apertura arrecherà un pronto sollievo, e se non fosse sufficiente a procurare una guarigione completa della malattia, la condurrebbe almeno a quello stato, in cui una più efficace operazione potrebbe essere praticata.

In un caso presso a poco simile a quello che abbiamo supposto, Bertrandi fu condotto da una particolare circostanza, a tenere una condotta diversa. Una signora affetta da una malattia del seno massillare, aveva la gota così gonfia, che non poteva quasi aprire le mascelle. Aveva perduto l'occhio sinistro in conseguenza di antrace, e la parete inferiore dell'orbita era fistolosa. Bertrandi introdusse nel foro fistoloso, un perforante lungo e stretto, la di cui punta era nascosta per mezzo di un bottoncino di cera; lo portò più perpendicolarmente che potè, lungo la parete inferiore del seno, fino sulla superficie palatina dell'osso massillare, sulla quale pigiava con due diti della mano sinistra, forò in questa guisa l'arcata dentale, nell'intervallo dei due ultimi molari. In seguito di una tale operazione, il pus cessò di colare dalla fistola dell'orbita e della narice, e il malato guarì. Quantunque l'evento giustificato abbia l'operazione di Bertrandi, non ostante quel processo opera-

torio, vogliamo dire la perferazione del seno dall'alto in basso, per mezzo di un' apertura, o a traverso la carie di un osso; quel processo, ripetiamo, non deve essere impiegato che nel caso in cui i mezzi proprj a diminuire la tensione dell' articolazione della mascella fossero senza effetto, e in cui la bocca continuasse a stare serrata tanto, da rendere impossibile la perforazione dell' orlo alveolare dall' alto in basso. In certi casi nei quali l' ascesso del seno era complicato da carie delle pareti di questa cavità e di fistole alla gota, è stato ricorso ad un setone che passava in una fistola o in un incisione praticata ad un ascesso della gota, e usciva dall' apertura dell' orlo alveolare: è stato pensato che questo setone fosse necessario per portare nel seno i medicamenti atti a detergerlo, e per mantenere le due aperture fino alla caduta delle porzioni d' osso cariate; ma non conviene ricorrere a questo mezzo che quando un' apertura molto grande, praticata sull' orlo alveolare non credesi sufficiente per procurare la guarigione dell' ulcere fistolose della gota, e che bisogna che sussista fino alla disparizione della malattia del seno. Non è cosa certa che quei malati su cui è stato impiegato il setone con felice successo, non sarebbero guariti senza di esso, facendo in vece una larga apertura al bordo alvoeolare.

La suppurazione del seno massillare può essere l'effetto di un vizio generale nella costituzione. La medicatura locale, impiegata unicamente in casi di questa natura, sarebbe mai sempre insufficente. Importantissimo è allora dunque di attaccare la causa del male, prima d' intraprendere alcuna operazione. Così facendo, è possibile di giungere a guarire e il male locale e l' affezione generale, senza trovarsi obbligati a ricorrere a verun mezzo chirughico; e se dopo di aver distrutto il vizio generale la malattia del seno persistesse ancora, niente allora si opporrebbe ai felici successi che a ragione si aspetterebbero dall' operazione.

Bordenave (1) ha veduto a Bicétre, un uomo di cui la maggior parte degli ossi della faccia erano gonfi e cariati, in seguito di malattia venerea. Il seno massillare era aperto nella di lui parte superiore, ed esterna, e nell'interno era totalmente in suppurazione. Ad onta del posto sfavorevolessimo nel quale trovavasi l'apertura, e senza verun trattamento locale, le frizioni mercuriali bastarono per dar luogo ad una completa guarigione. Così, o che la diatesi che cagiona la malattia del seno sia venerea, scrofolosa o scorbutica, bisogna insistere sui rimedj addattati a distruggere il vizio generale.

Ciò che abbiamo detto delle ulcere della membrana pituitaria, trova anche qui la sua applicazione.

Polipi del seno Massillare.

La membrana che ricuopre il seno massillare, può, come quella delle fosse nasali, originare dei tumori fungosi. Le cause di questi tumori sono anche meno conosciute di quelle che prodncono simili escrescenze nel naso. La chirurgia non possiede contro di essi verun mezzo profilattico. Fintanto che il tumore è poco voluminoso, non vi sono sintomi che lo facciano conoscere; solo quando il male ha fatti considarabili progressi, noi potremo sospettare la di lui esistenza, e distinguere la natura di esso. I primi sintomi che si manifestano, sono comunemente il dolore o piuttosto un'incomodo costante in una gota, la sensazione nojosa di peso e di distensione, emmoragie frequenti dalla narice corrispondente, e lo scolo abituale di sanie fetida dal medesimo lato. Questi segni bastano per far conoscere una affezione del seno massillare; ma essi non ne determinano già il carattere. Dopo di ciò l'elevazione della gota, lo storcimento della bocca, la depres-

(1) Mémoires de l'Acad. de Chirur. t. XIII, p. 53, ed. in — 12.

sione dell'arco palatino il vacillamento e la caduta dei denti dalla parte malata, lo slogamento del globo dell'occhio, l'otturamento parziale della cavità nasale, la lacrimazione, che risulta dalla compressione del canal nasale, infine, l'uscita di una porzione del tumore, siasi dall'orifizio naturale del seno, siasi dall'alveolo di un qualche dente estirpato o caduto da per se, siasi da qualunque altra apertura prodotta dal tumore stesso, sono sintomi che non lasciano più dubbio sull'esistenza di un polipo nel seno nasale.

Qualunque sia il volume, e la specie di questi tumori, si attaccheranno subito appena che avremo la certezza della loro esistenza, e ciò estirpandoli con delle pinzette da polipi, o dall'apertura fistolosa che si aggrandisce quando è troppo angusta, o da un'apertura che si pratica coll'incidere una porzione del margine alveolare, o anche bucando il seno al di sotto dell'eminenza molare, o nella fossa canina secondo il metodo di Desault. Si sceglie di preferenza quel sito in cui il polipo fa un eminenza, o quello in cui ha logorate le pareti del seno massillare.

Or dunque nel caso in cui il polipo si presenta dall'alveolo di un dente cavato, o caduto da se, conviene ingrandire l'apertura, come abbiamo indicato parlando degli ascessi del seno. Se presentasi in qualche altro sito, anche ivi praticare bisognerebbe un'apertura piuttosto grande, onde procurare un libero passaggio alle pinzette, e aver campo di portare sulla radice del tumore, quei medicamenti che dovranno distruggerlo. Se le pareti del seno massillare soltanto distese, conservassero la loro integrità, e che tutti i denti fossero ancora sani, farebbe d'uopo operare sul luogo in cui gli ossi sono a un tempo e più distesi e più sottili: la prima parte dell' operazione, quella che consiste nel mettere il tumore allo scoperto, presenterebbe, alcerto maggior facilità, e la seconda, che ha per oggetto l'estrazione di esso, offrirebbe pure minori ostacoli, giacchè si potrebbe svellere secondo il senso verso il quale è

naturalmente voltato. Finalmente, allorchè le pareti del seno, hanno ceduto in modo presso a poco uguale per tutto, e che sono sani tutti i denti, si può praticare l' apertura nella fossa canina, al disotto del foro orbitale inferiore. Nel primo caso dopo avere divaricate le labbra, si buca il seno con un trapano perforante appuntato, innestato ad un manico, e s' ingrandisce l'apertura quanto bisogna per mezzo di un altro perforante spuntato e troncato, e con un istrumento ricurvo come un roncolino. Desault faceva l' operazione con questo metodo, e noi stessi l'abbiamo praticata, in quest'istesso modo, con successo felice.

Quando si fora il seno al disotto dell' eminenza molare, l' operazione differisce poco dalla precedente. Si è soltanto qualche volta obbligati a fendere la commettitura delle labbra onde scuoprire il luogo su cui devesi trapanare. Così quando non vi sono circostanze che portino a dover preferire questo punto piuttosto che la fossa canina, bisogna anteporre quest' ultima, all' oggetto di evitare la necessità di tagliare la commettitura delle labbra.

Qualunque siasi il luogo in cui abbiamo bucato il seno massillare, fa d' uopo, dopo avere portato via il polipo usando quelle precauzioni che abbiamo indicate, parlando dei polipi del naso, fa d' uopo, io dico, introdurre il dito nell' apertura onde riconoscere se il tumore è stato estratto in totalità, e per distinguere il luogo al quale era adeso. Se una considerabile porzione del tumore rimanesse ancora nel seno, o se un altro polipo si fosse sviluppato simultaneamente in questa cavità, bisognerebbe introdurre di nuovo le pinzette nel seno, acchiappare il secondo tumore o le reliquie del primo e farne l' estrazione. Allorchè non rimanesse più che la radice del polipo, bisognerebbe distruggerla per mezzo del caustico, o meglio anche col cauterio attuale. L'acqua mercuriata, la soluzione di pietra da cauterj, sono state impiegate più volte con successo; ma la loro azione è meno forte e meno facile

a limitarsi di quello che sia quella del cauterio attuale: dimodochè tutte le volte che niente si opporrà all'uso di questo ultimo mezzo, si dovrà accordargli la preferenza. Si avrà la cura di provvedersi di cauterj di forma diversa, olivari, lenticolari, innestati su manichi diritti, su manichi curvi. Questi ultimi sono i soli di cui potiamo servirci quando il tumore si attacca alla parete istessa sulla quale è stata fatta l'apertura.

Quando il polipo è stato distrutto completamente nasce dal fondo del seno una carne vermiglia, le pareti di questa cavità si riavvicinano, l'apertura si ristringe insensibilmente; ma spesso la guarigione non è perfetta che in capo a varj anni, e poi la durata di questa specie di cicatrizzazione è subordinata al volume del tumore. Quantunque la terebrazione del seno massillare sia il solo mezzo di guarire i polipi di qnesta cavità, il prudente chirurgo non deve avervi ricorso che quando siavi la possibilità di operare lo sradicamento completo del tumore poichè attaccandolo senza distruggerlo affatto, degenerare si farebbe in carcinoma incurabile e mortale. Fa d'uopo anche astenersi da qualunque operazione allorchè l'affezione delle parti molli si è comunicata agli ossi, che il tessuto di questi organi è alterato, e che le parti ciscostanti sono pur esse malate e scirrose. Il chirurgo allora non potendo più sperare di portar via tutto il male, deve astenersi da qualunque operazione; non servirebbe questa che ad aggiungere nuovi dolori ai dolori della malattia; e, affrettando di essa i progressi, a rendere la morte più certa e più pronta.

È indispensabile, conviene ripeterlo, di distruggere il tumore e fino nelle sue radici, cauterizzando profondamente. Ma questa totale distruzione non è sempre possibile; e spesso accade che dopo un operazione la quale prometteva un felice evento, il male ricomparisce più terribile che mai, e lascia appena al chirurgo la consolazione di calmare quelle angoscie che sono foriere della morte.

Fistole del seno massillare.

Le fistole del seno massillare hanno la loro esterna apertura sulla gota, e il più ordinariamente nell' orlo alveolare. Le prime sono quasi sempre il risultato di un ascesso nel seno, e guariscono, come abbiamo detto, per mezzo della terebrazione dell' orlo alveolare. Le incisioni ed i caustici che s' impiegassero per distruggere le callosità sarebbero affatto inutili. La fistola sparisce appena che la marcia trova facile lo sgorgo da un punto declive.

Le fistole che si aprano nel margine alveolare o sui di lui contorni, dipendono da cause diverse, fra le quali la più ordinaria è pure l' ascesso del seno. In questo caso la marcia cola dall' alveolo di un qualche dente che sia cascato da se, oppure sia stato levato; ma quell' apertura che gli offre passaggio è troppo stretta per potere uscire liberamente; bisogna ingrandire quest' apertura, e da essa fare nel seno delle injezioni detergenti.

È rara cosa che la communicazione del seno con un qualche alveolo il di cui fondo è stato distrutto nell' estirpare il dente dia luogo alla fistola quando la membrana del seno è sana. Pur non dimeno quando è considerabile la perdita di sostanza occasionata nel fondo dell' alveolo, l'apertura può restare fistolosa, e permettere lo scolo nella bocca di una materia mucosa o sierosa, talvolta salata. Il chirurgo istruito e attivo non confonderà questo scolo collo scolo purulento, e si asterrà dall' adoperare inutili rimedj ed operazioni più inutili ancora. Queste sorte di fistole non guariscono mai. Se l' aria e gli alimenti s' introducano nel seno e vi cagionano dell' incomodo, si farà portare al malato un tappo di cera alla quale si aggiungerà un pò di polvere di corallo onde renderla più consistente.

Per quanto piccola sia l' apertura che la caduta o l' estirpazione d' un dente produce nel fondo dell' al-

veolo, può benissimo, rimanere fistolosa, quando i di lei orli sono denudati, e necrosati. Si guidica che la fistola tiene ad una tal causa, dalla strettezza che ha, e dal romore che produce uno stile nel battere sulla circonferenza ossea dell' apertura. La guarigione di questa specie di fistola dipende dall' esfoliazione della porzione d' osso necrosato, e questa esfoliazione è un' operazione della natura, che l'arte non può in verun modo accellerare.

Allorchè, nel caso di ascesso nel seno massillare, è stata praticata l'apertura al disopra del margine alveolare, secondo il metodo di Lamorier, la perdita di sostanza e lo slontanamento di una parete dall'altra si oppongono all' obliterazione completa dell' apertura, che addiviene fistolosa. Le medesime cause si oppongono ancora alla totale occlusione dell' apertura fatta nella parete anteriore del seno, nel caso di tumore prodotto dal cumulo di mucco in qnesta cavità; io ho veduto due fistole di questo genere. Quando l' apertura è angusta, la fistola non cagiona incomodi di sorta veruna; ma quando è di una certa largezza, gli alimenti penetrano nel seno, e ogni volta che il malato ha preso cibo, si è obbligati a ripulire questa cavità injettando un qualche liquido: si può per altro ovviare a questo inconveniente coll' introdurre nella fistola un pezzetto di spugna legato ad un filo, che si ritira la sera dopo cena.

Necrosi del seno massillare.

Le pareti del sono massillare sono talmente fine e contengono tanta poca sostanza spugnosa, che non sono suscettibili che di quella specie di carie altra volta conosciuta sotto il nome di carie secca e che oggi giorno chiamasi necrosi. La porzione alveolare stessa, quantunque racchiuda della sostanza spugnosa, non è quasi mai attaccata dalla carie propriamente detta; ma è bensì frequentemente assalita da necrosi. Questa malattia può sopravvenire agli effetti di una percossa; può dipendere da causa interna, e particolarmente da vizio venereo;

ma più sovente però è prodotta dalla carie dei denti e succede all' ingorgo e alla suppurazione della membrana del seno. La necrosi che dipende da questa ultima causa cede comunemente alla perforazione del margine alveolare, quando però questa perforazione sia stata fatta bastantemente grande da poter dare facile scolo alla materia purulenta e da permettere facilmente la pratica delle injezzioni che devono detergerlo. È stato con tutto ciò pensato che nel caso in cui diversi punti del seno siano necrosati e in cui esista contemporaneamente un apertura fistolosa al margine alveolare, e una seconda verso la parte superiore, un setone passato dall' una all' altra apertura può determinare lo sgorgo della materia dalla bocca, servire a portare del digestivo sulla membrana del seno, e impedire l' obliterazione intempestiva delle aperture; questo metodo essendo stato adoperato i malati sono guariti. Ma probabilmente la di loro guarigione sarebbe stata egualmente sicura e pronta se fosse stato perforato largamente il margine alveolare, ed è certo che riuscita sarebbe meno dolorosa.

L' arcata alveolare è quella parte dell' osso massillare superiore che è più spesso affetta da necrosi; questa malattia può dipendere dalla rottura e dalla denudazione dell' osso nell' estirpazione di un qualche dente. Allora è poco estesa; la porzione denudata quanto prima si esfolia, e le gengive si riuniscono con i bottoni carnosi che s' inalzano dalla superficie sana dell' osso. La causa la più comune della necrosi del margine alveolare è la carie dei denti. La necrosi può ancora essere prodotta da causa interna, da vizio venereo, scorbutico, ec. In tutti questi casi la malattia occupa ordinariamente una grande estensione, e trovasi congiunta sovente colla suppurazione del seno. La tumefazione dell' osso massillare e della gota; un tumore al palato da cui esce, aprendolo, una gran quantità di fetida marcia, e di cui la compressione prima di essere aperto, da luogo allo scolo di materia dalla narice; il gonfiamento, la flaccidità e lo staccamento delle giengive, il

tentennio e la caduta dei denti molari, lo scolo di pus dagli alveoli, tali sono i fenomeni che accompagnano e fanno distinguere la necrosi del margine alveolare e la suppurazione del seno. Questi sintomi uniti al colore giallo o nerastro dell' osso, al di lui seccamento ed al rumore che si sente quando vi si percuote con una tenta, non lasciano più dubbio alcuno sulla natura della malattia.

Allorachè questa malattia non è accompagnata da verun sintomo indicante un qualche vizio generale e che la marcia che si forma nel seno, sgorga liberamente, bisogna limitarsi a fare delle injezioni onde condur fuori le materie purulente. È stato consigliato di mettere allo scoperto la necrosi per una grande estenzione praticando addattate incisioni; ma queste incisioni non accelerano in modo alcuno l' esfoliazione della porzione d' osso necrosata, onde bisogna astenersene tranne la circostanza in cui fossero indicate all' effetto d'impedire il cumulo della marcia, e favorirne l'uscita. Il cauterio attuale, che adoperasi con tanta utilità nella carie propriamente detta, non sarebbe quì di veruna utilità per accelerare l' esfolianzione della porzione morta dell' osso. Quando la necrosi del margine alveolare è congiunta alla suppurazione del seno massillare, e che il pus sgorga difficilmente da questa cavità, bisogna ingrandire l' apertura. Se la malattia è accompagnata da vizio generale, si combatte questo con i rimedj addattati alla sua specie. Dopo più o meno di tempo la porzione d' osso necrosata si stacca e comprende talora la maggior parte dell' arcata alveolare. Se le parti molli la ritengono, si separa con un bisturino. La caduta di questa porzione d' osso lascia un apertura che comunica col seno. Introducendovi il dito, si trovano qualche volta altre porzioni d' osso alterate, che stanno poco a cascare. Gli orli di questa apertura si ravvicinano a poco, a poco e finalmente si riuniscono.

Esostosi delle Pareti del Seno massillare.

Gli ossi che formano le pareti del seno massillare, nella guisa medesima che tutti li altri ossi del corpo sono suscettibili d'ingorgarsi, d'ingrossare e di formare un tumore osseo. Questa esostosi è ineguale, prolungata in diversi sensi secondo il grado di resistenza che le oppongono le parti che solleva, dura esternamente, molle, fungosa nell'interno. La parte dura o esterna ha qualche volta fino ad un pollice di grossezza. Ella è sempre ossea; ma ora compatta, durissima e in qualche modo eburnea; ora il di lei tessuto è spugnoso ristretto e quasi simile alla pomice; finalmente in qualche caso è compatta in un punto e spugnosa nell'altro. La parte interna o non ossea dell'esostosi del seno massillare è formata da una sostanza bianca, bastantemente dura benchè sia spugnosa e simile a dell'agarico un po morbido. Altre fiate, in luogo di questa sostanza, il tumore contiene un liquido mucoso, di cui il calore e la consistenza non sono sempre uguali. Il volume del tumore dipende dunque e dalla grossezza delle pareti del seno e dal di loro allontanamento. Queste pareti venendo sollevate dalla sostanza spugnosa di cui abbiamo parlato, oppure dal muco che qualche volta stà in luogo di essa, trovasi cambiata la forma del seno o le di lui dimensioni singolarmente accresciute. Le cause della esostosi del seno massillare sono poco conosciute. Può dipendere da vizio interno, particolarmente dal vizio venereo.

La diagnosi di questa malattia non è sempre tanto facile quanto si crederebbe a prima vista: la dilatazione delle pareti del seno per mezzo della marcia, e sopratutto per mezzo del muco, ovvero per mezzo di un sarcoma, possono ingannare e farla credere un esostosi. Nulla di meno le circostanze commemorative, ed un attento esame, potranno tener lontani da qualunque errore. Nel caso di suppurazione del seno massillare, il seno non si dilata, o si dilata poco; esce del pus dalla

corrispondente narice, o da un alveolo il di cui fondo è bucato, oppure da una qualche apertura fistolosa della gota o del margine alveolare. Le emoragie, lo scolo abituale di fetida sanie, di materia icorosa acre dalla narice, l'apparizione di una parte del tumore fuori di un alveolo rotto, del palato distrutto, o da qualche altra apertura accidentale, non sono mai l'effetto di un esostosi, e non possono essere prodotti che da un polipo. La dilatazione del seno, in conseguenza del cumulo di muco condensato, dà luogo ad un tumore i di cui caratteri hanno dell'analogia con quelli dell'esostosi; ma la forma e la consistenza di questi due tumori sono differenti. La superficie del primo è unita; nell'esostosi è ineguale; trattandosi di esostosi, le pareti del seno sono grosse, dure, resistenti; nel caso d'idropisia, all'incontro, essendo aumentate le dimensioni dell'osso a scapito delle di lui pareti, l'osso fatto sottile resiste poco, ed al tatto offre un poca di mollezza.

L'esostosi del seno massillare è sempre una malattia pericolosa. Però la di lui gravità è proporzionata alla sua estensione e alla rapidità de' suoi progressi. Se dopo aver preso un certo sviluppo, più non cresce, sia per l'effetto dei rimedj o spontaneamente, ella può non dar luogo ad altri inconvenienti che alla difformità. Ma quando l'esostosi va sempre aumentando, a misura che il di lei volume cresce, esercita una compressione tale sulle parti vicine che ne cambia la situazione, e ne sconcerta le funzioni. Deprime così da una parte la porzione palatina degli ossi massillare e palatino dell'istesso lato, di modo che la lingua rimane impedita nè suoi movimenti; mentre in alto, pigia con bastante forza il piano dell'orbita da spingere l'occhio in fuori. Può ancora, quando il di lei volume addiviene enorme, sviare il corso naturale delle lacrime, opporsi alla masticazione, render difficoltosa la deglutizione, come pure la respirazione. Oltre a questi fenomeni che sono risultati meccanici prodotti dall'accrescimento del tumore, la degerazione in cancro della sostanza fungosa che ne forma

l'interno, può dar luogo ad altri effetti morbosi. Siccome tali effetti sono l'istessi di quelli cagionati dai polipi carcinomatosi del seno massillare, ci asterremo ora di parlarne.

Nella cura dell'esostosi del seno, bisogna fare attenzione all'antichità del tumore, al di lui volume, alla causa di esso, ed alle circostanze che lo accompagnano. Allorchè l'esostosi è recente, si può sperare di arrestarne i progressi, ed anche di farla sparire; ma fà d'uopo sopra ogni altra cosa il principiare dal conoscere se la malattia sia locale, o se provenga da vizio interno, e e particolarmente dal vizio venero. In quest' ultimo caso, bisogna sottoporre il malato ad una completa cura antivenerea; il che bisogna fare anche quando l'esostosi è antica e voluminosa, qualora il malato non sia andato soggetto ad un trattamento completo e metodico.

Un postiglione al servizio di nna ricca famiglia, aveva da più di dieci anni un esostosi nel seno massillare sinistro. L'occhio corrispondente lacrimava ed era spinto in avanti, il naso deviato a destra, la narice otturata, e l'arco palatino un poco convesso. Il tumore sporgeva molto in alto e in fuori, e la pelle che lo ricuopriva era rossa e lustra. Il viso di quest' uomo era veramente ributtante. L'esostosi era comparsa poco tempo dopo un affezione venerea, e l'apparizione di qualche altro sintomo. Con lentezza aveva aumentato di volume; ma da varj anni non aveva fatti progressi. In principio dolente, aveva cessato di esserlo col cessare di crescere. Durante la gloriosa campagna di Marengo, e seguendo il condottiero dell'armata, al servizio del quale trovavasi allora, il nostro postiglione fece sparire gli altri sintomi venerei, prendendo del liquore di Van-Swieten, e facendo delle frizioni.

Minacciato non dimeno di essere inviato al deposito, per motivo della sua difformità, questo uomo pensò d'intraprender tutto per farla sparire. Chiese ed ottenne da un medico un ordinazione per due libbre di liquore di Van-Swietan. Otto volte fece spedire la ricetta da di-

versi speziali; e dopo aver presi, senza consiglio nè guida, in meno di tre mesi, cento ventotto grani di muriato sopra ossigenato di mercurio, si trovò affatto libero dal tumore. L' occhio era rientrato nell' orbita, la lacrimazione cessata, le narici erano libere; si scorgeva nell' alto della gota un infossamento che dipendeva dall' adesione che aveva contratta la pelle in questo punto.

Quando l' esostosi dipende da un affezione meramente locale, non si può avere ricorso che ai rimedj locali. Ma i topici sono ben poco efficaci, qualunque siasi la forma sotto la quale si applicano, e qualunque perseveranza si metta nell' adoperarli. Nulla dimeno, siccome non arrecano essi inconvenienti di sorta alcuna, si possono usare per un certo tempo specialmente quando l' esostosi sia recente, e farli concorrere alla cura, con i rimedj interni, allorchè l' esostosi dipende da un affezione generale.

Se i mezzi terapeutici di cui abbiamo parlato, non hanno avuto un qualche esito, e che l' esostosi cessi di fare dei progressi, è meglio abbandonarla a se stessa, di quello che intraprendere per guarirla e fare dileguare quella difformità che cagiona, un operazione difficile, dolorosa, e il di cui successo è incerto. Ma quando il tumore fa dei rapidi progressi, che è dolente, che incomoda o arresta le funzioni delle parti circonvicine, non bisogna esitare nell' intraprenderne l' ablazione; qualunque ritardo in simil caso sarebbe dannoso, e aggiungerebbe nuove difficoltà all' operazione.

È difficile di stabilire il metodo da tenersi in questa operazione. La forma e il volume del tumore variano talmente, che un solo processo non potrebbe convenire in tutti i casi, e anche diversi sarebbero pure insufficienti. Quivi il genio deve supplire a quelle lacune che la parte dommatica dell' arte ci offre.

Allorchè il tumore non è voluminoso, si può attaccare per la parte interna della bocca. Ma allorchè il di lui volume è molto grande, sarebbe impossibile d' introdurre, e fare agire per questa via gl' istrumenti proprj

a distruggerlo. Si è allora obbligati a praticare un incisione cruciale sulla pelle e sulle altre parti molli che ricuoprono il tumore, e disseccare i lebmi onde metterlo allo scoperto. Quando l'esostosi è stata messa a nudo in tal foggia, si sega alla base, e si finisce di distruggerla per mezzo del trapano dello scalpello e maglio. Se l'interno del tumore contiene una sostanza fungosa, si toglie colla maggiore possibile esattezza, servendosi degl'istrumenti i più addattati: quelle porzioni di questa sostanza che non si saranno potute portar via, si consumeranno col cauterio attuale. Il vuoto che risulta dalla distruzione del tumore, si riempirà a poco, a poco, per mezzo dell'abbassamento dei margini e dell'elevazione del fondo. Varie esostosi voluminosissime del seno massillare sono state guarite col processo di cui abbiamo parlato. Ma, ad onta di tali eventi, non bisogna attaccare questa sorta di tumori che con circospezione; ed è cosa più che temeraria il toccare quelli che sono accompagnati da grandissimo disordine.

Dei Corpi estranei nel Seno massillare

I corpi estranei che si trovano qualche volta nel seno massillare, vi sono penetrati, o dall' apertura naturale di questa cavità, ovvero da un'apertura accidentale. La situazione e la strettezza dell' entrata del seno, rendouo difficilissima l'introduzione dei corpi estranei per questa via. Pur non ostante si citano esempj di vermi ascaridi, ed anche del genere dei lombrichi trovati nel seno. Non vi sono sintomi costanti, e spesso nemmeno dei segni apparenti, che indichino l'esistenza di questi vermi, e solo riconoscesi una tale affezione col vederli uscire da una qualche apertura accidentale, o dopo la morte.

I corpi estranei che trovansi qualche volta nel seno massillare, e che vi sono penetrati da una qualche apertura accidentale, sono o palle, o frammenti di ferro scagliati dalla polvere da fucile; porzioni d'osso o de'denti

che sono stati internati in questa cavità per mezzo di una contusione, o per l'imperizia del dentista; dei pezzetti di cibo o porzione di apparecchio. Se questi corpi estranei non escono dall'apertura che li ha lasciati entrare, possono, col rimanere nel seno, ritardare la cicatrizzazione della ferita, oppure, se essa si richiude possono determinare la suppurazione e il cumulo della marcia. La prima cosa che fare debba un chirurgo che è chiamato per una ferita di questa parte, si è di esaminare se il corpo vulnerante sia rimasto in totalità o in parte nel seno, e farne subito l'estrazione. Ma se ricercato non viene il di lui ministero che dopo la cicatrizzazione della ferita, e per motivo di consecutivi accidenti, egli deve quando questi accidenti indichino che si è formato un ascesso nel seno, aprire uno scolo alla marcia (Vedi p. 149), esplorare il seno col dito o con uno stile, e se ivi esiste un corpo estraneo, tirarlo fuori servendosi di pinzette rette o curve.

Malattie dei seni frontali.

I seni frontali sono esposti alle medesime malattie dei seni massillari; ma queste malattie sono più rare, e meno conosciute che quelle di questi ultimi.

Ferite dei seni frontali.

Le ferite dei seni frontali che risultano dall'azione degl'istrumenti pungenti o taglienti, non presentano alcun pericolo quando non si estendono alla parete posteriore del seno. Allorchè questa parete è lesa, la malattia rientra nella classe delle ferite della testa, alle quali abbiamo consacrato un capitolo particolare (Vol. 5, p. 62 e seg.)

Battendo sui seni frontali, i corpi contundenti possono fratturare e sfondare la loro parete anteriore senza dividere le parti molli, o dividendole. Nel primo caso

la frattura non esige alcun trattamento particolare: si rimedierà alla contusione, e la depressione che ne resterà sarà meno difforme della cicatrice della ferita che bisognerebbe fare per rialzare i frammenti. Nel secondo caso poi, cioè, allorchè la frattura è accompagnata dalla divisione delle parti molli, se vi sono dei frammenti depressi, bisogna rialzarli con una spatola, e togliere quelli che sono isolati. Allora quando una porzione della parete anteriore del seno è stata portata via, scola dall'apertura una materia simile alla suppurazione del cervello, che può far credere che questo viscere sia stato offeso. Sta scritto nelle Memorie dell'Accademia di Chirurgia (1) un esempio di tale inganno. Un uomo aveva ricevuto un colpo sotto il sopracciglio, che gli aveva aperto il seno frontale. A contare dalla seconda medicatura, escirono dalla ferita dei fiocchetti di materia mucosa biancastra che un chirurgo credè porzioni di sostanza cerebrale; Maréchal, che fù chiamato, conobbe che la ferita non oltrepassava il seno, e che questa materia biancastra non era che muco. La membrana che riveste il seno può, quando non è strappata, ricevere nell' atto respiratorio un moto tale da imitare quello della dura madre, ciò che può anche contribuire a far credere che la ferita interessi tutta la grossezza del cranio. Tale inganno non è pericoloso pel malato; ma fa poco onore al chirurgo.

Diversi autori hanno riguardate per ribelli le ferite dei seni frontali, difficili a guarirsi e quasi sempre degeneranti in fistola. L'esperienza c'insegna però l'opposto; se sono semplici guariscono facilmente; se complicate da perdita di sostanza, si cicatrizzano pure, ma più lentamente; i labbri della ferita si abbassano; la tavola anteriore dell'osso si ravvicina dalla posteriore e s'identifica con essa. Allorchè la prima di queste due tavole ha fatta una gran perdita di sostanza,

---

(1) T. II. in — 12, pag. 159.

il seno non esiste quasi più; ciò che rimane della parete anteriore essendo poco slontanato dalla posteriore, se ne ravvicina facilmente, e si forma una cicatrice vuota. Però presso quelli individui il di cui seno molto largo è stato aperto con perdita di sostanza verso la sua parte inferiore, la cicatrizzazione è lenta, ed anche la ferita rimane qualche volta fistolosa. Ma non è già il continuo passaggio dell'aria, non l'obliterazione dell'apertura per la quale i seni frontali communicano con le fosse nasali che fanno degenerare le di loro ferite in fistole, come hanno detto diversi autori; queste ferite non addivengono fistolose che alloraquando l'apertura della tavola anteriore, troppo lontana dalla posteriore, non può ravvicinarsi da essa, e unirvisi. Del resto poi, la fistola del seno frontale non presenta nessun pericolo. Si tenterebbe in vano di guarirla; contentarsi bisogna di cuoprirla con un impiastro agglutinativo.

Infiammazione e suppurazione della membrana dei Seni frontali.

La membrana che riveste i seni frontali partecipa ordinariamente dell'infiammazione della membrana delle fosse nasali nel caso di corizza. Può anche infiammarsi isolatamente e cagionare al disopra della radice del naso quella sensazione dolorosa, urente e gravativa che accompagna sovente la corizza e che è uno dei sintomi i più incomodi di essa. Del rimanente quest' infiammazione non offre niente di rimarcabile; cede ai medesimi rimedj che servano a guarire la corizza e si dilegua con essa, tranne i casi d'ottturazione congenita o accidentale dell'orifizio del seno. Allora la materia fornita dalla membrana infiammata può cumularsi nel seno, distenderne le pareti e dar luogo ad una malattia molto più grave, cioè ad un ascesso.

Questi ascessi, infinitamente più rari di quelli del seno massillare, sono anche più pericolosi. È vero che qualche volta la marcia si fa strada a traverso l'apertura

del seno nella fossa nasale, e la di lei uscita pone fine agli sconcerti; altre volte la parete anteriore del seno è spinta in avanti, e perforandola si procura uno sgorgo al liquido; ma più d' ordinario cede la parete posteriore invece dell'anteriore, mentre è più fine, e in conseguenza meno resistente; si assottiglia, si consuma, finalmente si apre, il cervello compresso da prima pel gonfiamento del seno, lo addiviene immediatamente dal pus. Nel caso di questa specie, l' ascesso del seno frontale è quasi sempre accompagnato da tumefazione della palpebra superiore corrispondente, e da paralisi dei muscoli del lato opposto. Il cumulo e il condensamento del muco nel seno potrebbero produrre una parte di questi fenomeni; ma a mia conoscenza non se ne ha che un solo esempio. Se al complesso dei sintomi che abbiamo indicati, andasse unito un dolore fisso nella regione del seno frontale ed un peso abituale, quantunque non si fosse bastantemente certi dell'accumulazione di un liquido nel seno, bisognerebbe tentare nondimeno la perforazione della di lui parete anteriore, ciò che non presenta verun pericolo. Si opererebbe con maggiore certezza se questa parete medesima presentasse una proeminenza e che questa proeminenza fosse stata preceduta dai primi accidenti della malattia; non rimarebbe poi più verun dubbio nè sulla natura dell' affezione, nè sui mezzi curativi, se esistesse una fistola e che vi si potesse introdurre uno stile. Bisognerebbe allora ingrandire l' apertura, fare delle injezioni, agire infine come abbiamo prescritto parlando delle malattie del seno massillare.

Polipi dei Seni frontali.

Non conosco altri esempj di polipi formatisi nei seni frontali che quello riportato da Levret (1). » Nel

---

(1) Obs. sur la Cure radicale de plusieurs Polypes de la matrice, de la gorge et du nez, p. 235 et suiv.

1725, morì allo spedale della Carità a Parigi, un giovinetto nell' età circa di 17 o 18, anni il viso del quale si era smisuratamente allargato e renduto ributtante a motivo di sette tumori poliposi distinti nei seni massillari e sopra cigliari, in gola e nelle fosse nasali. Questo giovine aveva anche una proeminenza considerabilissima alla radice del naso, e i di lui occhi erano quasi affatto fuori dell' orbita ». Per non tener qui parola che di ciò che riguarda ai seni frontali, diremo che avendo aperta quella proeminenza che trovavasi alla parte inferiore del coronale, sulla radice del naso, furono trovati due polipi di un volume considerabile, di forma semi-sferica, piatti l' uno contro l' altro verso il setto divisorio dei seni che non esisteva, presso a poco come stanno due castagne d' India nel loro inviluppo polposo e spinoso. Ogni uno di questi tumori era impiantato verso l' orifizio del seno, per mezzo di un pedunculo strettissimo. La loro sostanza era del colore e della consistenza di un pezzo di lardo rancido ed uniforme in tutte le sue parti. La membrana dei seni si era ingrossata, e le pareti di questa cavità divenute più sottili e di un ampiezza considerabilissima.

Nel caso di cui si tratta, il volume ed il numero dei tumori poliposi li rendevano assolutamente incurabili. Ma facilmente si capisce che se il polipo fosse limitato ai seni frontali, e fosse accompagnato da vivi dolori, da proeminenza della tavola anteriore del seno, potrebbe essere attaccato portando via per mezzo del trapano una porzione di questa tavola, dopo di averla messa allo scoperto con un incisione a T, la di cui linea orizzontale corrisponderebbe ai sopraccigli ed alla radice del naso. Messo allo scoperto il polipo, si svelle colle pinzette se è attaccato per mezzo di un pedunculo stretto. Se l'estenzione delle di lui adesioni non permettesse di strapparlo, si distruggerebbe con i caustici o col cauterio attuale. Ma la prossimità del cervello e la poca grossezza della tavola posteriore del seno richiederebbero la più gran circospezione nell' uso di questi mezzi.

Corpi estranei nei Seni frontali.

I corpi estranei che trovansi nei seni frontali possono venire dall'esterno, o formarsi in queste cavità. Haller (1) parla di una giovine fanciulla che fu ferita nella parte inferiore della fronte da un fuso, la di cui punta restò nel seno frontale. In principio non comparirono accidenti di sorta alcuna, e la ferita si richiuse; ma in capo a nove mesi si manifestò sul punto della ferita, della gonfiezza, dell'infiammazione, poi un ascesso, il quale si aprì, e il corpo estraneo venne fuori. L'apertura non tardò molto a chiudersi per mezzo di stabile cicatrice. Una palla dopo avere fratturato la parete anteriore del seno, arrestasi e non la parete posteriore. Allorchè sia riconosciuta l'esistenza di un qualche corpo estraneo nei seni frontali, bisogna farne l'estrazione, dopo di avere ingrandita l'apertura che ha fatta, se credesi necessario, per mezzo di un paro di forbici a lama corta e forte, o col coltello lenticolare. Se fosse impossibile l'estrazione del corpo estraneo senza distruggere la maggior parte della tavola anteriore del seno, e che la di lui presenza non dasse d'altronde luogo a verun accidente, converrebbe meglio abbandonarlo, di quello che sia il cagionare un guasto, dal quale risulterebbe una grandissima difformità. Stà scritto in varj luoghi delle effemeridi dei curiosi della natura, che dei pezzi di ferro, e delle palle sono rimaste per molti anni nei seni frontali senza produrre verun accidente, e che poi sono usciti dal naso.

Nel numero dei corpi estranei che possono formarsi, e crescere nei seni frontali, si annoverano i vermi, come quelli che sono stati osservati più sovente. Si citano numerosissimi esempj di persone che hanno renduti dei vermi dal naso dopo aver provati degli accidenti che non lasciavano dubbio sullo sviluppo di questi vermi

(1) Op. Pathol. obs. 3.

nei seni frontali (1). Secondo Saltzmann è probabile, che gli ovi dai quali furono originati questi vermi entrino coll'aria dalle narici. Pensa che specialmente respirando l'odore dei fiori e dei frutti questi ovi depositati su questi vegetabili sono portati fino nei seni. Ciò che può aggiungere qualche valore ad una tale congettura si è, che le donne che portano più abitualmente dei fiori, rimangono affette più spesso degli uomini da questa malattia.

L'esistenza dei vermi nei seni frontali da luogo a dei sintomi rimarcabilissimi, ma che rassomigliano talmente quelli di certe altre affezioni che è sempre impossibile il sospettare, ed a più forte ragione il riconoscere, la di loro esistenza, prima che la di loro uscita dalle narici abbia tolta qualunque sorta di dubbio, dissipando quei mali che essi cagionano. Ecco intanto quei fenomeni cui danno luogo.

Un dolore sempre molto incomodo, spesso violentissimo si affaccia alla parte anteriore della testa, vicino alla radice del naso. Talora si propaga verso le tempie, ovvero all'occipite. Ora è un semplice formicolamento; in altri momenti trattasi di atroce soffrire che produce dei svenimenti, delle vertigini, e qualche volta il repentino oscurarsi e sparire della vista. Varj malati sono stati presi da maniaco delirio che non ha avuto fine che coll'espulsione dei vermi. Pozzis, e Schneider hanno ricordato tutti due un esempio di questa singolare specie di mania. È stato pensato che la calma, e gli ascessi di dolore dovevano dipendere dal riposo, e dai movimenti dell'insetto. Ora la narice è asciutta; tal ora la secrezione mucosa è abbondantissima. Certi malati soffrono frequenti starnuti, e un bisogno quasi continuo di grat-

---

(1) Questi vermi non rassomigliavano punto ai vermi intestinali, e la maggior parte erano del genere bruco. Il loro corpo sembrava formato da un numero grande di anelli, e era sostenuto da molte gambe. Ve ne erano anche che avevano le antenne, ed il corpo di varj altri era coperto di peli.

tarsi il naso; taluni portano incessantemente il dito nelle narici; altri salivano abbondantemente; ve ne sono infine che trovansi tormentati da fetido odore.

Questa malattia è tanto più pericolosa in quanto che dura, finchè i vermi rimangano nei seni; d'altronde l'arte non possiede alcun mezzo efficace che possa accelerare la di loro uscita. Gli erinni, i starnutatorj sono spesso impotenti; nulla dimeno bisogna adoperarli, e ripeterli anche quando furono infruttuosi. La terebrazione dei seni frontali sarebbe un mezzo sicuro per liberarli dai vermi; ma l'incertezza della diagnosi terrà sempre lontano un chirurgo prudente dall'intraprendere questa operazione.

Leggesi nelle Effemeridi dei Curiosi della natura, che dietro un epistassi, uscì dalle fosse nasali un verme che aveva la forma di una mignatta. Impossibile non è a vero dire che una mignatta penetri nelle fosse nasali ed ivi produca un emorragia; ma è accaduto tante volte che un grumo di sangue allungato è stato preso per una mignatta da persone poco attente, che è permesso il concepire qualche dubbio intorno alla realtà del fatto riportato nelle Effemeridi.

Un altro fatto straordinario molto è quello che racconta Rayoux, medico di Nismes, nel tomo IX del Giornale di Medicina, dell'anno 1758; egli stà così: Una donna fu attaccata da una febbre ardente, accompagnata da violento male di testa, che ad onta dei rimedj faceva continui progressi. Intorno al quarto o quinto giorno principiò a starnutare, e rese dal naso dei piccoli vermi bianchi. A misura che i vermi uscivano il mal di testa diminuiva sensibilmente. In fine ne uscirono 72 nello spazio di poche ore, ed la malata rimase affatto guarita. Questi vermi erano assolutamente simili a quelli che incontransi nei seni frontali delle pecore, e siccome la donna che forma il soggetto di questa osservazione la vigilia della sua indisposizione aveva bevuto ad una specie di pozza, a cui pochi momenti prima un pastore aveva abbeverato il suo gregge, l'autore

dell' osservazione non dubita punto che la sua malata non abbia attinti coll'acqua i vermi che produssero si prontamente lo sconcerto della di lei salute.

CAPITOLO III.

Delle malattie della Bocca.

Sotto questo titolo comprendo tutte le malattie delle labbra, delle gote, delle glandule salivari, dei denti, delle gengive, della lingua, del velo palatino, dell' ugola, e delle tonsille.

ARTICOLO I.

Malattie delle labbra.

Queste malattie sono la riunione completa o parziale delle labbra per vizio di conformazione, donde risultano l'imperforazione della bocca o la occlusione parziale della medesima, il ristringimento detto propriamente labbro leprino, le ferite, i tumori, le ulcere.

Imperforazione della bocca.

Questo vizio è stato qualche volta osservato, ed alcuni autori ne parlano come d'una cosa non molto rara. Ma si è mai veduto una completa imperforazione della bocca ne' fanciulli viventi? Non lo so. Ma se un tal caso s'incontrasse bisognerebbe, più presto che fosse possibile, fare una incisione orizzontale sul solco che indica ove deve essere l'apertura della bocca. Quindi si preverrebbe la riunione delle labbra tenendole scostate e rovesciate con delle compresse, con delle convenienti fasciature, e applicando immediatamente sulle superfici sanguinose una pezzetta spalmata di cerotto. Quando l'adesione delle labbra uon è parziale l' operazione è ancor più facile. Bisogna introdurre un dito nella bocca del fanciullo per conoscere l' estensione dell'adesione,

per dirigere il bisturino, e difendere le parti interne della bocca contro l'azione dell'istromento. Se le labbra sono unite alle gengie, bisogna con cesoie spuntate tagliar le briglie che formano l'adesione, o servirsi del bisturino se le labbra sono attaccate alle gengive per tutta la loro superficie interna. Un altro vizio di conformazione può esservi unito: bisogna quanto è possibile rimediarci nel tempo stesso, e soprattutto impedire colla possibile attenzione che le parti divise si agglutinino.

Il ristringimento della bocca non deve confondersi colla occlusione parziale di cui abbiam parlato. In questo caso le labbra sono attaccate senza che lo spazio da loro circoscritto abbia perduto nulla della sua naturale estensione; il ristringimento all' opposto consiste in una disposizione particolare delle labbra che non lasciano fra di loro che un troppo stretto intervallo per l'uso cui esse sono destinate. La coartazione è qualche volta l'effetto d'una costrizione spasmodica del muscolo orbicolare: ma per lo più è conseguenza d'una bruciatura, o da una perdita di sostanza dopo l'estirpazione d'un tumore, in sequela di accessi critici, nelle scrofole, nel vajolo, nelle febbri atassiche ec. Quando il ristringimento della bocca dipende dalla costrizione spasmodica del muscolo orbicolare, per combattere la malattia bisogna ricorrere ai rimedi antispasmodici. Quando essa ripete la sua origine, come ve ne sono esempi, da virulenza venerea, bisogna prescrivere le preparazioni mercuriali all' interno, ed applicarle anco alle labbra. Si rimedia al ristringimento prodotto da una bruciatura o dalla abolizione d'un tumore considerabile, incidendo trasversalmente le commettiture, ed opponendosi alla loro riunione col mezzo di lamine d'argento piegate. Siccome gli orli dell'incisione tendono sempre a ristringersi, è necessario darle molta estensione, facendo però attenzione a non ferire le arterie labiali, che passano vicine alla commettitura delle labbra.

Del labbro leporino.

Si chiama labbro leporino la divisione non naturale di uno dei labbri.

Questa divisione è o congenita o accidentale. Le cause della prima sono incognite come tutte le cause delle altre deformità di genere consimile. La seconda è comunemente la conseguenza di una ferita fatta da un istromento tagliente, e qualche volta ancora di una contusione forte a segno da tagliare il labbro. Nell'uno e nell'altro caso, se gli orli della ferita si cicatrizzano isolatamente e senza riunirsi, ne risulta un labbro leporino accidentale.

Le cause che producono accidentalmente il labbro leporino potendo agire del pari tanto sul labbro superiore che sull'inferiore, agevolmente si comprende perchè le due labbra sieno esposte, ed in tutta la loro estensione, a questa specie di soluzione di continuità; ma non si comprende perchè il labbro leporino congenito non si osservi mai nel labbro inferiore.

Questo dunque occupa sempre il labbro superiore, ora nella sua parte media, ora in uno de'suoi lati. Quando vi è una sola divisione, e che non esiste sulla linea mediana, corrisponde all'ala del naso. Quando ve ne sono due, sono separate da uno spazio più o meno largo, o da un semplice cicciolo: allora il labbro leporino è doppio.

La divisione che caratterizza la deformità di cui parliamo può avere solo poche linee d'estensione, o salire fino alla base del naso. Gli orli della fenditura sono rotondati, e coperti da una membrana vermiglia simile a quella dell'orlo libero delle labbra L'intervallo che gli separa ha sempre una forma triangolare: la distanza tra loro è tanto più grande quanto più si estende in alto la divisione, e non è già il risultato di una perdita di sostanza, ma è prodotta dall'azione dei muscoli che non è equilibrata: quindi questa distanza diventa maggiore, e più vistosa la deformità in tutte le circostanze nelle quali i muscoli de-

duttori si contraggono fortemente, come nell'azione di ridere, di gridare ec. Alcuni chirurghi ingannati dall'apparenza, e persuasi che questo slontanamento non poteva succedere senza perdita di sostanza, avevano stabilito come un precetto che la deformità era incurabile quando considerabile era questo allontanamento, e per conseguenza che non conveniva in tal caso d' intraprendere di farla sparire. Ma l'esperienza ha tanto evidentemente provato il contrario, che sarebbe superfluo il combattere questa dottrina.

Nel labbro leprino doppio gli orli esterni delle due divisioni hanno la stessa conformazione che nel labbro leprino semplice. La parte media ora è un semplice cicciolo sferoidale, ora un più voluminoso prolungamento che scende quasi fino al livello dell'orlo libero del labbro.

Il labbro leprino non è sempre una semplice malattia delle labbra. Qualche volta la divisione del labbro è complicata con disunione ed allontanamento delle ossa massillari nella loro porzione palatina, col rialzamento maggiore o minore de'denti incisivi, e della parte dell'osso alveolare che li sostiene. Non solo può essere fessa la porzione ossea della volta del palato, ma qualche volta sono anco divise le parti molli e l'ugola. Nell'uno e nell'altro caso la cavità delle fosse nasali comunica con quella della bocca. Il mucco passa dalla prima nella seconda; gli alimenti vanno in parte nel naso ed escono per le narici; la voce ne è alterata, e qualche volta la difficoltà di inghiottire è portata a tale da impedire che i bambini possano prendere il nutrimento necessario al loro accrescimento. Di rado però il male è portato a tal segno, e quasi mai questo vizio di conformazione non nuoce alla nutrizione.

Il rialzamento dei denti incisivi accompagna frequentemente il labbro leporino: la pressione leggera ma continua esercitata dalla lingua dal didentro al di fuori, e la mancanza di resistenza nel luogo ove gli orli della divisione sono disgiunti ne sono probabilmente la causa.

Questo sporto osseo sembra formato dalle ossa intermassillari nelle quali si trovano racchiusi i germi di due ed anco di quattro incisivi. Egli è ora fissato ad uno degli ossi massillari, ora isolato da questi ossi, e solamente sostenuto dallo scompartimento del naso.

Quel che abbiamo detto de' sintomi del labbro leporino si applica esclusivamente al labbro leporino congenito, molto più freqnente dell'accidentale. Qnest'ultimo differisce dall'altro per parecchie circostanze. 1°. Gli orli della divisione possono avere tutte le sorte di direzione. 2°. La membrana muccosa che cuopre i suoi orli non si estende sulla loro faccia anteriore. 3°. La diastasi delle ossa massillari non accompagna mai il labbro leporino accidentale, e lo sporto dei denti non vi è unito se non quando la malattia ha cominciato co' primi mesi della vita.

Il labbro leporino non è per lo più altro che una semplice deformità, ma ella è troppo vistosa per non procurare di farla sparire. Il solo mezzo di giungervi consiste nel convertire il contorno della divisione in una superficie sanguinosa, i lembi della quale tenuti ad un perfetto contatto possano riunirsi.

Il labbro leporino essendo quasi sempre congenito, bisogna egli intraprenderne la guarigione subito dopo la nascita? oppure bisogna aspettare che il fanciullo, sia giunto all'età della ragione? Coloro che hanno adottato il primo partito hanno considerato che la struttúra delle labbra nella più tenera età essendo quasi tutta vascolare, lá cicatrice è sollecita e facile; che il sonno quasi non interrotto in cui è immerso il fanciullo appena nato, l'assenza del pianto e del riso che ancora non conosce, rendono molto meno frequenti i moti di deduzione delle labbra.

Ma ragioni molto più forti hanno persuaso i pratici ad adottare l'opinione contraria, e a non fare l'operazione del labbro leporino se non all'epoca, in cui i fanciulli hanno tanta ragione da desiderare la guarigione, per comprendere che e di loro vantaggio il soffrire

qualche momento per far cessare la loro bruttezza, per intendere quanto il loro gridare pregiudicherebbe alla loro guarigione, ed aumenterebbe i loro dolori. A quest' età possono inghiottire de' liquidi senza che le loro labbra facciano moto, mentre il bambino lattante agita le labbra poppando. Infine ho avuta più volte occasione di osservare che la mollezza eccessiva delle labbra, i vagiti dei bambini lattanti erano di ostacolo ad una riunione esatta e regolore. Quindi concludo che non deve operarsi il labbro leporino ne' teneri bambini, e che è preferibile l' aspettare che abbiano tre o quattro anni. Conosco due sole circostanze che possano obbliguare ad agire contro questo precetto, e sono quando lo slontanamento degli orli della divisione si oppone al succhiare il latte, o quando l' apertura del palato è tale che la maggior parte del latte versato nella bocca ritorna per le narici. In tal caso è compromessa la vita del bambino; deperisce ogni giorno, onde non si deve temere di operarlo prematuramente.

Non è necessario sottomettere ad una cura preparatoria il bambino, cui deve farsi l' operazione. Basta che sia attualmente in buona salute; perciò bisognerebbe diferirla di qualche giorno se fosse attaccato da una coriza, da un' angina, da una tosse canina, se regnasse qualche febbre eruttiva, perchè la tosse o lo starnuto, che accompagnano queste diverse malattie, nuocerebbero al cicatrizzarsi della ferita, e potrebbero rendere infruttuosa l' operazione, o meno completo il successo.

È qualche volta utile di applicare per più giorni avanti l' operazione degl' impiastri agglutinativi ed una fasciatura incarnativa, per abituare le parti allo stato d' incomodo che devono soffrire. Conviene parimente liberar la testa da tutto ciò che potrebbe eccitare del prurito, ed astringere il bambino malato a grattarsi, ed a sconcertare la fasciatura che concorre a tenere insieme gli orli della divisione.

L' operazione presenta delle differenze secondo che

il labbro leporino è semplice o complicato; secondo che è unico o doppio.

Quando il labbro leporino è complicato collo sporto di uno o più denti o dell'orlo alveolare, bisogna fare sparire questa complicanza, e ricondurre il labbro leporino allo stato di semplicità prima di venire all'operazione. Lo allontanamento delle ossa del palato non costituisce una complicazione sotto il rapporto della cura; non esiste alcuna modificazione nel metodo operatorio, e disparisce appoco appoco quando la divisione del labbro non esiste più.

Quando dunque uno o più denti sporgono in avanti e si oppongono al ravvicinamento dei lembi della divisione, bisogna procurare di rispingerli indietro, e di mantenerli in questo stato per mezzo d' un filo metallico attaccato ai denti vicini. Se l'ossificazione degli alveoli è troppo avanzata da non permettere questo cangiamento di direzione, bisogna cavare i denti che sporgono in avanti. Quando una porzione dell' orlo alveolare, o le ossa intermassillari formano uno sporto che si oppone al ravvicinarsi de' due lembi della divisione, è necessario qualche volta levarli con le tanaglie incisive o con una sega, dopo averli isolati dalle parti molli aderenti. Ma se con una continuata pressione si può far disparire appoco appoco questo rialzamento, questo mezzo è preferibile al primo, non solo perchè conserva uno o più denti, perchè l'operazione è meno complicata e meno dolorosa, ma ancora perchè porta una guarigione senza deformità, laddove col togliere uno degli ossi massillari si viene ad avere una sensibile diminuzione nella estensione della mascella superiore, la quale per questo cessa d'essere in rapporto esatto con l'inferiore.

Liberato che sia il labbro leporino da qualunque complicazione, non vi sono più ostacoli che impediscano procedere all' operazione propriamente detta.

Consiste questa nell'eccitare un trasudamento su i lembi della divisione, o nel renderli sanguinolenti, e

nel mantenerli a contatto. Si adempie la prima indicazione escoriando la loro parte rossa e un poca di pelle, o facendone la recisione.

Per escoriare i lembi della divisione è stato consigliato di coprirli con un impiastro vessicatorio per dodici ore, o di bagnarli con un pennello inzuppato in una soluzione di pietra da cauterio, o nell' acido solforico. Questo metodo ha parecchi inconvenienti: l'escoriazione non cangiando punto la forma rotondata de'lembi della divisione, quando poi si mettono a contatto non si toccano se non in un sol punto, cosicchè si agglutinano in questo stato, e rimane fra di loro tanto anteriormente che posteriormente una specie di solco che è un oggetto di deformità: l' adesione delle parti che suppurano essendo molto più difficile e molto più lenta di quella delle parti sanguinolente, se si pongono in uso gli impiastri agglutinanti e la fasciatura per mantenere a contatto i lembi escoriati, i muscoli non cedendo all' azione di questi mezzi, la loro retrazione allontanerà questi lembi, soprattutto nella loro parte inferiore: questa parte perderà ben presto le condizioni necessarie alla riunione, coprendosi d'una cicatrice, e la guarigione del labbro leporino sarà incompleta, oppure, lo che è lo stesso, vi rimarrà un incavatura all'orlo libero del labbro. Se per prevenire questo inconveniente si ricorre alla cucitura, gli aghi e i fili avranno tagliate le parti che comprendono, molto prima dalla riunione dei lembi della divisione. Questi inconvenienti han trattenuto i pratici dall' usare questo metodo, e malgrado agli elogi prodigatigli da Louis, è caduto in disuso. Non vi si deve ricorrere se non quando il labbro leporino è semplice, e il malato ha una insormontabile repugnanza per l'istromento tagliente.

La recisione non ha veruno di questi inconvenienti, e conviene in tutti i casi. Si può farla con le forbici, e col bisturino. Le forbici sono più comode per il chirurgo che non ha una grande abitudine a servirsi del bisturino in questa operazione, ma han degli svantaggi

sopra di lui. Per quanto sieno le forbici ben fabbricate non tagliano se non premendo, e dirò così masticando, perciò la loro azione è più dolorosa di quella del bisturino; l'ammaccatura e la lacerazione, che risulta dall'azione di queste lame incrociate sulle parti che si tagliano, può essendo grande indurre qualche ostacolo alla consolidazione degli orli della ferita. Fatto il taglio colle forbici non è mai esattamente perpendicolare alle superfici del labbro; poichè è composto di due piani, uno dei quali è obliquo dal di fuori all'indentro, e del davanti all'indietro; e l'altro dal di dentro al di fuori, e dall'indietro al davanti, e che si riuniscono ad angolo molto ottuso in mezzo alla grossezza del labbro. Da ciò resulta che per quanta attenzione si ponga nelle riunione degli orli della divisione, rimane sempre fra loro anteriormente una leggera distanza che rende più larga e più apparente la cicatrice.

Il taglio fatto col bisturino è meno doloroso, più preciso, più regolare, e perpendicolare in tutta la sua estensione alla superficie del labbro. Per conseguenza è più favorevole alla coesione dei lembi della divisione; e la loro agglutinazione e la cicatrice che ne resulta è puramente lineare e appena visibile.

Del resto, o servendosi del bisturino, o adoprando le forbici per fare il taglio de' lembi del labbro leporino, si deve portar via tutta la parte di questo lembo che è rotondata e rossa, e avvantaggiarsi anco una mezza linea sulla pelle. Bisogna del pari portar via la parte rotondata in forma di orlo vermiglio che si trova inferiormente da ciascun lato della ferita; senza di che la riunione sarebbe ineguale in basso, e vi resterebbe una deformità. Quando i lembi della divisione hanno la stessa lunghezza, se ne deve togliere tanto dell'uno quanto dell'altro; ma se la loro lunghezza è diseguale, bisogna che la porzione che se ne toglie dall' orlo più corto sia più larga alla sua base di quella dell' altro lembo. Il punto essenziale si è che le due incisioni si riuniscano in angolo acuto al di la della fenditura, e che

si stendano fino alla narice, se la fenditura si perde nel naso. Più a basso parlerò della maniera di fare l'incisione col bisturino e colle forbici.

La seconda indicazione che presenta la cura del labbro leporino consiste nel mettere a mutuo contatto i lembi della divisione, e nel mantenerli in questo stato per tutto il tempo che la natura impiega per produrre la loro agglutinazione. Per adempire a questa indicazione si sono posti in uso gl' impiastri agglutinanti, le fasciature incarnative e la cucitura.

Gli empiastri agglutinativi possono esser molto utili per riunire le ferite superficiali delle labbra; ma nel labbro leporino, in cui tutta la grossezza di queste parti si trova divisa, essi divengono affatto insufficienti. In fatti è facile il vedere che semplici strisciole agglutinative non potrebbero resistere alla continua azione dei muscoli: non trattenendo le parti se non sul davanti, è fuor di dubbio che dal di dietro si formi uno slontanamento che renda la riunione meno esatta: d'altronde siccome la retrazione muscolare, che produce l'allontanamento dei lembi della divisione, agisce molto più fortemente sulla loro parte inferiore che sul rimanente della loro estensione, ne viene che questa parte non sentirebbe l'azione degl' impiastri, e resterebbe in mezzo al labbro un solco deforme, che non potrebbe farsi sparire neppure con una seconda operazione. Finalmente i denti incisivi essendo il punto d'appoggio delle strisciole, si comprende che l'assenza o la prominenza d'uno dei denti farebbe sporgere infuori o tornare indietro uno de' lembi della divisione, e quindi si opporrebbe alla regolarità della cicatrice: la sola azione del bevere basterebbe per sconcertare parti tenute insieme così debolmente.

È stato proposto un gran numero di fasciature e di apparecchi più o meno ingegnosi per riunire gli orli del labbro leporino: ma anco i migliori sono insufficienti per l'oggetto cui sono destinati. Se nella cura del labbro leporino non si trattasse se non che di superare l'azione

muscolare, che tende a disgiungere gli orli della divisione, forse se ne verrebbe a capo comprimendo le gote dal di dietro in avanti, e ravvicinando fra loro i lembi della divisione colla fasciatura incarnativa. Ma il chirurgo ha ancora un'altro oggetto non meno importante; ed è quello di mantener le parti unite in tal guisa che dopo la riunione non rimanga che una semplice cicatrice lineare, quasi totalmente esente da ogni deformità. Per quanta attenzione siasi usata nell' applicare la fasciatura, si può egli lusingarsi di conservare i labbri della ferita in un perfetto livello, in mezzo ai ripetuti sforzi della contrazione che esercitano i muscoli delle labbra, anco quando la persona operata fosse la più guardinga, e portasse tutta la attenzione per non sconcertare l'apparecchio? Supponendo anco la fasciatura la meglio fatta e la più metodicamente applicata, vi è egli sicurezza che non si allenterà in veruna delle sue parti, e che fisserà in una maniera costante l'estrema mobilità delle labbra? Il più abile chirurgo non può sperare un successo così felice: come sperarlo quando l'apparecchio sarà diretto da mani poco esercitate? come far capitale sulla pazienza e sulla docilità del malato, soprattutto se è un fanciullo? Queste riflessioni devono rendere sospetti i successi che alcuni autori pretendono di avere ottenuti dalla sola fasciatura. Louis, uno dei più zelanti fautori di questo metodo univa quasi sempre alla fasciatura incarnativa un punto di cucitura sulla parte inferiore della divisione. Insomma non basta una guarigione del labbro leporino comunque siasi; bisogna che sia senza deformità: la cucitura, sussidiata dalla fasciatura incarnativa, conduce a questo scopo quanto è possibile.

In questa malattia non conviene ogni specie di cucitura: parecchi fili passati ne' lembi della divisione non la terrebbero riunita molto solidamente. Non si può sperare di agir con successo se non servendosi di aghi fatti passare nella grossezza del labbro e da un lembo all' altro della divisione.

La scelta degli aghi è stata un oggetto di gran di-

scussione. Alcuni volevano aghi flessibili, altri aghi tosti: gli uni preferivano aghi cilindrici, gli altri aghi schiacciati. Alcuni volevano che fossero d' oro o di argento, altri li volevano di rame o di acciaio. Io credo che gli aghi d'oro cilindrici, la punta dei quali è terminata a lancia, sono quelli che meritano la preferenza. Non che io non mi sia servito qualche volta di aghi di ferro; ma questi hanno l' inconveniente di arrugginirsi, lo che rende difficile e doloroso l' estrarli: ho pure adoprato qualche volta semplici spilli di Germania, dei quali ho affilata la punta.

Passiamo all' operazione. L' apparecchio necessario per operare il labbro leprino è composto d' un bisturino forte e molto acuto, di forbici a lama corta, solide, assottigliate e ben taglienti; d' una laminetta di legno o di cartone d' una linea di grossezza, larga dodici in quindici linee, lunga tre pollici, e rotondata ad una delle sue estremità; di tre aghi diritti d' oro o di acciaio, e in loro difetto di tre spilli di Germania; d' un filo incerato, semplice, lungo un piede; di un altro filo lungo quattro piedi, in quattro capi riuniti ed incerati insieme; di piccole compresse grosse e strette per porle sotto l' estremità degli aghi; di una fascia avvoltata larga tre dita, lunga quattro braccia, destinata a fissare la berretta del malato per mezzo di avvoltature intorno la testa; di un pezzo di tela largo tre dita, e lungo tanto che basti perchè la sua parte media essendo situata sulla sommità della testa, le sue estremità che scendono lungo le gote, e che si trovano poste sotto la fasciatura incarnativa, la quale sono destinate a sostenere, essendo rialzate quando quella fasciatura è applicata, possano incrociarsi sulla sommità della testa; di due compresse tanto grosse che basti perchè essendo poste sulle gote, la fasciatura incarnativa che deve passarci di sopra non comprima le estremità degli aghi; di una fascia di una larghezza eguale a quella del labbro, di sei in otto braccia di lunghezza ed avvolta a due capi; finalmente di una fascia a quattro capi o fionda.

Il malato sarà posto sopra una sedia in faccia alla luce. Se è un fanciullo, una persona vigorosa lo terrà a sedere sopra i ginocchi. Si fisserà il berretto del malato con qualche avvoltatura di fascia. La testa sarà appoggiata al petto d'un assistente che ravvicinerà le commettiture delle labbra colle due mani posate sulle guancie; l'operatore assiso o in piedi, a seconda dell'altezza cui si troverà la testa del malato, allontana il labbro dalle gengive, separa l'uno dall'altre, tagliando in alto con un bisturino la membrana della bocca. Se per fare la rescissione si serve d'un bisturino, poserà la laminetta di legno o di cartone dietro il lato dritto del labbro, fino al disopra dell'angolo della fenditura; poserà l'indice e il medio dietro la laminetta, e col pollice appoggiato sul lato dritto della divisione fisserà il labbro sulla laminetta; tenendo il bisturino come per tagliare dal di fuori al di dentro, ne farà penetrare la punta fino alla laminetta, un poco al disopra dell'angolo della fessura, e posandolo in seguito sulla faccia anteriore del labbro applicherà il taglio sul luogo ove deve essere fatta la rescissione, e taglierà in un solo colpo tirando a sè l'istromento. Se la membrana interna del labbro non resta interamente tagliata in questo primo colpo di bisturino, un secondo colpo terminerà di dividerla. Io preferisco questa maniera di servirsi del bisturino a qualunque altra. Si vuole che dopo avere introdotta la punta dell'istromento fino alla laminetta, si conduca il di lui taglio con un angolo di quarantacinque gradi; ma operando così il labbro può fuggire avanti al bisturino, e la sezione avere una direzione curva in vece di essere perfettamente retta. Dando al bisturino la direzione che ho consigliata, tutta la porzione del labbro che deve essere tolta via è circoscritta e trattenuta dall'istesso taglio dell'istrumento, ed ha la stessa larghezza per tutto. Quando la resezione del orlo destro della fessura è stata fatta, il chirurgo porta la laminetta dietro il lato sinistro del labbro, che egli fissa coll'unghia del pollice posto sulla parte inferiore del lembo della fissura, mentre un assistente comprime il labbro sulla

laminetta, appoggiando il pollice sul lato sinistro della fessura, taglia il lembo sinistro nella stessa maniera che ha tagliato il lato destro.

Se si adoprano le forbici per fare la recisione, si tengono colla destra per tagliare il lembo destro della fessura, e colla sinistra per tagliare il lembo sinistro: ma siccome le forbici sono fra tutti gli stromenti taglienti quelli che si adoprano meno bene maneggiandoli colla sinistra, i chirurghi che non sono perfettamente ambidestri potranno servirsi della mandritta per tagliar via l'uno e l'altro lembo della fessura, operando come segue. Si prenda il lato destro del labbro col pollice e coll'indice della sinistra posti al lato dritto della fessura; poi si tagli via questo lato, serrandolo in tutta la sua lunghezza fra le due lame poste una in avanti, e l'altra in dietro, avendo l'attenzione di estendere il taglio fino a due o tre linee al di sopra dell'angolo della fenditura. Si prenda di poi la parte inferiore del lembo sinistro, si tiri abbasso coll'estremità del pollice e dell'indice posti a qualche distanza dalla commettitura, e si tagli con un sol colpo il lembo sinistro della fessura. Questo secondo taglio deve estendersi fino alla estremità superiore del primo, col quale egli forma un angolo acuto. Se le due porzioni tagliate sono tuttavia attaccate superiormente, si può finire di tagliarle col bisturino. Se il sangue spillasse dalla arteria coronaria tagliata nella prima incisione, e spruzzasse con tanta forza da incomodare il chirurgo, un assistente ne sospenderà il corso comprimendo l'arteria labiale contro il lato della mascella, o meglio ancora stringendo il labbro fra l'indice e il pollice: inseguito la riunione dei due lembi servirà per fermare l'emorragia. —

Quando sono fatti i due tagli si devono riunire gli orli della divisione. La sutnra, e soprattutto intrecciata, è, come ho già detto, il solo mezzo di ottenere una riunione esatta, e di procurare una guarigione esente da ogni deformità. Ecco la maniera di praticarla. Si prende la parte inferiore dell'orlo sinistro della divisione col

pollice e coll' indice della sinistra, come per fare l' incisione; colla destra si prende un ago la cui punta è unta con del sego. Si tiene fra il pollice e il medio, e coll' indice appoggiato sulla estremità dell'ago opposta alla punta. Si fà passare nel labbro una mezza linea al di sopra del luogo in cui la membrana interna di questa parte è continuata colla pelle, e a due linee di distanza dalla ferita, dirigendolo un poco obliquamente dal fuori all' indentro, dal basso all'alto e dal davanti all'indietro. Subito che la punta dell' ago comparisce sulla superficie della ferita, il chirurgo ravvicina il lato destro della divisione al sinistro, lo passa coll' ago un poco obliquamente dal di dentro al di fuori, dal dietro in avanti e dall' alto in basso; e lo fa riuscire sopra un punto corrispondente a quello per cui è penetrato. Bisogna che l' ago passi dietro i tre quarti anteriori della grossezza del labbro; se si passasse da parte a parte tutta la grossezza delle labbra, la porzione di queste stesse labbra compresa nella cucitura rimarrebbe spinta in avanti e si gonfierebbe; l' esterno della ferita essendo mal riunita, la cicatrice sarebbe molto larga, rilevata e deforme. Pure bisogna traversare tutta la grossezza delle labbra quando sono troppo sottili, perchè altrimenti le parti comprese tra l' ingresso e l'uscita dell'ago potrebbero lacerarsi. Dirigendo l' ago un poco obliquamente di basso in alto nell' orlo sinistro del labbro leprino, e di alto in basso nell'orlo destro, si ha lo scopo di rendere rilevata quella parte delle labbra che si trova al di sotto dell' ago, e per conseguenza d' imitare in qualche maniera la specie di rilievo che esiste naturalmente nel mezzo dell' orlo libero del labbro superiore o almeno per evitare che non vi sia in quella vece una leggera incavatura. L' ago inferiore si mette il primo per non esporsi a trovare fuori di livello le due parti dell' orlo libero del labbro. Quando è posto quest'ago e che ha oltrepassato la superficie della pelle egualmente da una parte e dell'altra, si fà passare sopra la parte media un cappio di filo semplice, le

cui estremità condotte in basso e passando tra l'ago e il labbro sono tenute da un'assistente che le tira a sè, tiene gli orli della ferita vicini tra loro, e li pone in uno stato di tensione favorevole all'introduzione di altri aghi. Se bastano due aghi, si collocherà il secondo a conveniente distanza dal primo e dall'angolo superiore della ferita. Se la larghezza del labbro, e sopra tutto la comunicazione della fessura alla narice, rendono necessari tre aghi, si farà passare il terzo fra il secondo e l'angolo della divisione nel luogo che sembrerà il più favorevole per la riunione esatta di quella. L'ingresso e la uscita di questi aghi riusciranno a due linee di distanza dagli orli della ferita. Si faranno penetrare nella grossezza delle labbra alla profondità istessa dell'ago inferiore, ma si procurerà di dirigerli orizzontalmente, affinchè sieno paralleli coll'inferiore e fra loro.

Introdotti che sieno tutti gli aghi si pone il mezzo del filo a più capi sopra l'ago inferiore, sul quale si avvolge incrociandolo in modo da formare una figura simile al numero 8. Quando si fà su questo ago un sufficiente numero di avvoltature, s'incrociano i due capi al di sopra del medesimo in maniera di X, e si conducono al secondo ago, sul quale si avvolgono formando parimente delle figure simili al numero 8; se vi è un terzo ago, vi si conducono i capi del filo o s'intraversano nella stessa maniera. Non si può precisamente determinare il numero delle avvoltature che devono farsi sopra di ciascuno ago, e delle incrociature che vanno da un ago all'altro; ma deve essere tale che questi cappi di filo posti gli uni accanto agli altri ricuoprano la ferita in tutta la sua lunghezza. Non si devono stringere i fili se non quanto è necessario per mettere in contatto immediato gli orli della ferita: una troppo forte costrizione potrebbe dar luogo ad accidenti, che i detrattori della sutura incrociata non han trascurato di porre in campo a carico della sutura medesima, mentre non erano che il risultato della sua mal fatta applicazione.

Fatta la cucitura si taglia vicino alla pelle il cappio

del filo che fu posto sull'ago inferiore: con piccole compresse si riempie l'intervallo compreso fra l'estremità degli aghi e il labbro, e si passa ad applicarvi la fasciatura. Si pone sulla sommità della testa il mezzo di una fascia, le estremità della quale scendono lungo le tempie sulle guancie. Si applicano su queste delle compresse piuttosto grosse, che l'assistente posto dietro il malato spinge in davanti e sostiene. Si pone sulla fronte e si appunta con uno spillo il mezzo della fascia avvolta a due capi; si conducono i capi avvoltati in dietro, passando sopra le orecchie; s'incrociano sull' occipite e cangiando mano si fermano sull'incrociatura con uno spillo. Riportati in avanti sopra le orecchie e sopra le compresse delle gote i capi avvoltati, sono dati a due assistenti, e ad uno dei capi, nel luogo che deve corrispondere alla sutura, vi si fà una fenditura longitudinale, nella quale s' introduce l' altro capo; si tirano i capi avvoltati dal di dietro al davanti in senso contrario, e quando si giudica che siano bastantemente tirati, si pongono i due capi sul labbro, si fanno passare sulle guancie, e sotto le orecchie per condurli all'occipite, nel qual luogo s'incrociano facendoli passare da una mano all' altra. Quindi si riconducono sulla fronte, dipoi all' occipite, e indi sulle guancie. Si fà un altro taglio ad uno dei capi, e dopo avervi passato l' altro capo si tirano in senso contrario, si coducono all' occipite, e si termina la fasciatura con dei giri intorno alla testa. Si rialzano l' estremità nella fascia posta in traverso sotto la fasciatura, e si fissano sulla sommità della testa con uno spillo. Per limitare i moti della mascella deve applicarsi una fionda sotto il mento; e per dare maggior solidità alla fasciatura, ogni incrociatura deve essere fissata con uno spillo.

L' operazione è terminata: bisogna porre il malato a letto, prescrivergli il riposo ed un leggero nutrimento che non abbia bisogno di essere masticato. Bisogna tener da lui lantano tutto ciò che potesse promovere lo stranuto, la tosse, il riso, il pianto. Sebbene l'emorragia dopo l' operazione sia rarissima, e che non se ne

conosca se non un esempio, in cui questo accidente sia stato funesto, pure si deve esaminare se il sangue coli singolarmente nei bambini, che potrebbero promuoverne l' uscita col succhiare e coll' inghiottire, come nel caso riportato da Lovis. Si deve procurare ancora che i ragazzi non guastino l' apparecchio colle loro mani; e se non si vigila a questo nel tempo della notte, bisogna legargliele. Il giorno dopo l' operazione il malato può levarsi se è un giovinetto o un adulto; se è un bambino la madre o la donna che ne ha cura lo tiene fra le braccia, e lo fà passeggiare per distrarlo ed impedirgli di piangere. Se non sopraggiunge veruno accidente, e l' apparecchio non è sconcertato, non si sfascerà che dopo settantadue ore; si leverà l' ago superiore, o i due superiori, se ve ne sono tre adoprati, senza levare il filo che vi è avvolto sopra. Perciò dopo avere unto con cerato l' estremità dell'ago che deve percorrere il tragitto della ferita, si prende dall'altro capo, e si tira fuori facendogli fare un moto di rotazione per staccarlo dai fili, ai quali comunemente è attaccato. Nel tempo stesso si sostiene il labbro col pollice e coll'indice dell' altra mano applicati su i lati della cicatrice, procurando di appoggiarli più sul lato da cui deve escire l' ago. Quando i fili si staccano da per sè stessi dal labbro, si levano tagliandoli in vicinanza dell' ago inferiore: in caso contrario si lasciano stare per non stirare la cicatrice. Si applica la fasciatura come il primo giorno; il giorno dopo o l' altro si leverà l' ago inferiore. Il soggiorno più lungo degli aghi avrebbe l' inconveniente di ingrandire le aperture che gli aghi han fatte, e di rendere più apparente e più larga la cicatrice. Dopo di avere liberato il labbro da tutti questi aghi, si farà uso degli impiastri agglutinativi e della fasciatura incarnativa per dieci o dodici giorni, per proteggere la cicatrice tuttavia tenera contro l' azione dei muscoli. Se la volta palatina è fessa, si continuerà ad applicare la fasciatura per molto più lungo tempo, per secondare

la riunione degli orli della fessura. Questa sparirà tanto più presto quanto più è giovane l'individuo. Negli adulti non si cancella mai affatto; e quando è molto larga bisogna servirsi d' un otturatore per rendere più chiara la pronunzia, e più facile la deglutizione. La compressione esercitata dalla fascia dà luogo ad una tumefazione edematosa delle palpebre, che si dissipa quando si leva l'apparecchio; altrimenti si ricorre alle fomente risolventi.

Quando il labbro leporino è doppio, l' operazione differisce necessariamente da quella che abbiamo descritta. Se il lobo posto all' alto della fessura è corto e stretto, bisogna tagliarlo via e fare la recisione come sopra; ma se è largo, lungo ed tanto estensibile da non potere essere ricondotto al livello dell'orlo libero dei labbri, si taglierà successivamente i suoi lati e quelli della fessura, e si passeranno da parte a parte con li aghi. Questa maniera di operare è preferibile a quella che è consigliata da alcuni autori, e che consiste nel fare l' operazione in due tempi; cioè, nel fare la resezione d'uno dei lati del lobulo e di uno di quelli della fessura che gli corrisponde; nel riunirli, e nell' aspettare la loro riunione per operare dell'altra parte. Senza parlare della lunghezza della cura e dell' inconveniente di fare due operazioni invece di una sola, la quale non è niente più dolorosa che ciascuna di esse, succede sovente che non si ottiene una cicatrice tanto regolare quanto operando in un sol tempo. Finalmente quando il lembo che separa in due la fissura del labbro ha molto minor larghezza di lei, e che è poco estensibile, non si deve perciò togliere, se d' altronde è largo, grosso e della stessa natura del labbro. In questo caso dopo aver fatta la resezione dei due orli della fessura, o tagliata tutta la porzione vermiglia e rotonda degli orli del lembo, si seguita procedendo alla riunione con due o tre aghi, il superiore o i due superiori dei quali, quando ve ne sono necessari tre, traversano il lembo, che così si trova

riunito pei suoi lati con quelli della fessura. In questa maniera si ha una ferita semplice presso l'orlo libero del labbro, e biforcata verso l'orlo aderente. La cicatrice che ne viene presenta la forma di un Y. Del resto dopo l'operazione del labbro leporino doppio la cura è la stessa che dopo quella del labbro leporino semplice.

— L'orlo libero del labbro superiore presenta qualche volta alla sua parte media un incavo, che rende in questo luogo il labbro più stretto che altrove. Quando questo incavo è molto largo ed è un oggetto di diformità vi si può rimediare portando via con una doppia incisione in forma A tutta la parte incavata e assottigliata, e riunendo le parti delle quali si sarà tolta una porzione.

— Il labbro superiore è soggetto ad un altro vizio di conformazione che dipende dalla troppo grande estensione della sua membrana interna. Questa membrana forma allora un cicciolo più o meno grande, e che soprattutto è osservabile e disgradevole nel ridere. Si può rimediare a questa deformità portando via una porzione di questa membrana. Io ho fatta questa operazione sopra un giovine col più gran successo.

Ferite delle labbra.

Le semplici punture nelle labbra non meritano un esame particolare. Le ferite fatte da stromenti taglienti variano per la loro profondità e per la loro direzione. Le ferite superficiali che si limitano agl' integumenti possono facilmente riunirsi con degl' impiastri agglutinativi e si cicatrizzano prontamente qualunque sia la loro lunghezza e la loro direzione. Le ferite profonde che comprendono una gran parte delle fibre del muscolo orbicolare, senza dividere il labbro in tutta la sua grossezza, sono di facile riunione, quando la loro direzione è parallela a quelle delle fibre muscolari. La loro riunione

è molto più difficile ed esige il concorso d' impiastri agglutinanti e di fasciatura incarnativa quando queste fibre sono tagliate in traverso. Le ferite che hanno questa ultima direzione e che dividono tutta la grossezza del labbro, per essere riunite esattamente hanno bisogno di uno o più punti di cucitura semplice, sopratutto quando la loro forma è irregolare, e che si trovano ad una delle commettiture. Praticando la sutura in questo caso, si ha meno in vista di resistere alla reazione dei muscoli, che di conservare gli orli della ferita in un perfetto livello, e di procurare una semplice cicatrice lineare e pochissimo deforme.

Le piaghe contuse delle labbra devono essere riunite immediatamente quando la contusione è mediocre; ma quando è violenta per fare la contusione bisogna aspettare che negli orli della ferita sia dissipato l'ingorgo e che sieno aperti di bottoni carnosi: e siccome allora la consolidazione è molto più lenta che nelle ferite sanguinolente, la cucitura non conviene, perchè il lungo soggiorno dei fili darebbe luogo alla sezione delle parti che essi abbracciano avanti la cicatrizzazione della ferita. In questo caso devono adoprarsi impiastri agglutinanti, e fasciatura incarnativa. Quando una parte del labbro è disorganizzata dall'attrito, bisogna toglierla via comprendendola fra due incisioni che si uniscano ad angolo acuto, e riunire di poi, come nel labbro leporino o dopo la estirpazione dei tumori cancerosi, de' quali frappoco parleremo. La cicatrice sarà più sollecita e meno deforme.

È caso raro che le ferite delle labbra sieno accompagnate da emorragie, o se esse han luogo che non sieno arrestate dalla riunione della ferita, e che si sia obbligati a farle cessare o colla compressione o colla allacciatura. Pure se l' arteria labiale fosse aperta presso la commettitura delle labbra in una ferita di qualche linea di lunghezza, e che non penetrasse per niente fino alla bocca, bisognerebbe ricorrere alla compressione per arrestare

l' emorragia. In un caso simile io ho posto in uso con successo, per esercitare la compressione, una lamina di piombo piegata, una estremità della quale era applicata sull' interno della guancia e l' altra sul suo esterno.

Tumori delle Labbra.

Tumori inflammatori. La piccola quantità di tessuto cellulare che entra nella composizione delle labbra, e la mancanza di grasso vi rendono rarissimi i tumori inflammatori. Pure io ho tal volta veduto degli antraci semplici attaccare le labbra, e particolarmente il superiore. Questi antraci devono essere curati come tutti quelli che si formano in qualunque altra parte del corpo, cioè con topici emollienti e rilassanti, che favoriscano la suppurazione, mediante la quale quella specie d' escara o di grosso nucleo formatosi nel centro del tumore ne venga distaccato.

Tumori fungosi. Le labbra sono qualche volta la sede di tumori varicosi o fungosi sanguigni, de' quali i bambini portano il germe nascendo. Questi tumori, appena visibili all' epoca della nascita, si presentano allora sotto la forma di una macchia rossa e non rilevata. Per lo più non si rendon notabili che dopo un tempo molto lungo; ed è raro che pervengano ad un volume considerabile. Essi occupano più frequentemente il labbro superiore che l' inferiore. Ora essi sono situati sull' orlo libero del labbro, ora verso l' orlo aderente. Talvolta limitati ad una parte della grossezza delle labbra, altre volte si estendono dalla pelle che li ricopre al di fuori fino alla membrana mucosa che li ricuopre posteriormente. Non si possono guarire questi tumori se non portandoli via totalmente coll' istromento tagliente. Io ho riportato (al Tom. II. Capitolo I. art. 8.) l' osservazione di un fanciullo che portava un tumore di questa specie al labbro superiore, e che fu guarito con una lunga compressione sul posto. Ma questo successo è troppo straordi-

nario per poterne in tutti i casi sperare un simile successo; e non si deve ricorrere alla compressione se non quando il tumore è situato in maniera da non potere essere portato via; tutte le volte che l'operazione è praticabile non bisogna indugiare a ricorrervi. Io stesso l'avrei impiegata nel caso di cui si tratta se la sede del tumore che occupava una parte della divisione inferiore del naso non vi si fosse opposta, e non avesse lasciato altro sussidio fuor che la compressione. In qualunque altra circostanza bisogna ricorrere il più presto possibile all'operazione, perchè il male può fare de' progressi continui, e qualche volta assai rapidi, per che in capo a un breve tempo non sia più possibile di portarli via, e che bisogni o rinunziare ai vantaggi d'una operazione imprudentemente differita, o almeno praticarne una più grande, e che presenti minor probabilità di successo.

Così dopo che si è riconosciuta l'esistênza di un tumore di questa specie si deve, quando niuna cosa vi si opponga, ricorrere senza tardare all'operazione. Quando la malattia attacca tutta la grossezza del labbro, e che occupa il suo orlo superiore, si porta via comprendendola fra due incisioni oblique che si riuniscono ad angolo acuto, e delle quali si ravvicinano gli orli come nel labbro leporino. Io ho fatta due volte questa operazione col più gran successo. Quando il tumore non occupa se non una parte della grossezza del labbro, si circoscrive con una incisione circolare o ellittica, e si leva via affatto tagliandolo alla base. La ferita che ne risulta si medica come una ferita semplice con perdita di sostanza. Se dopo l'operazione si conoscesse che vi fosse rimasto qualche porzione del tumore, si distruggerebbe prontamente con un caustico; perchè soprattutto in questo caso il buon successo dipende dalla completa distruzione della parte affetta: una ablazione parziale è sempre insufficiente, e può essere pericolosa.

Tumori cancerosi. I tumori cancerosi e le ulcere cancerose attaccano spesso le labbra. L'inferiore vi è

più soggetto del superiore, e gli uomini ne sono più spesso affetti delle donne.

Il cancro dei labbri si annunzia con una bolla o con una verruca, che in principio pare non presentare verun cattivo carattere, e che qualche volta conserva lungo tempo questa apparenza di benignità. In qualche caso la malattia comincia con una leggera disquamazione della pelle. La persona che prova questi primi sintomi porta frequentemente le dita sulla punta del tumore, e procura di staccare con le unghie le scaglie d'epidermide sollevate in qualche punto della loro circonferenza. Questo continuo toccarlo irrita il male, accelera i suoi progressi, e ben presto diviene evidente la natura della malattia, che è un cancro. Ma o siasi provocata o accelerata con toccarla indiscretamente o con topici irritanti la degenerazione cancerosa, alla bolla, alla verruca o alle scaglie succede una piccola ulcera. Da questa scola ordinariamente della marcia o della sanie, oppure è abitualmente arida, e non lascia scolare che di tanto in tanto un poca di seriosità molto acre. La sua superficie ora è rossa e liscia, ora coperta da una crosta secca e grigia, che si può facilmente staccare, e che si riproduce sollecitamente. I propressi di quest'ulcera sono qualche volta rapidi, qualche volta lentissimi. Altre volte resta stazionaria per lungo tempo anco per qualche anno, e poi si accresce con rapidità. Finchè non occupa se non la pelle, o non ha ancora invaso l'orlo vermiglio del labbro, comunemente non si estende che in superficie e non in profondità; ma quando è arrivata alla membrana muccosa, distrugge rapidamente le parti, penetra profondamente nel tessuto cellulare e ne' muscoli che formano la sostanza delle labbra.

Il corso della malattia non è lo stesso quando il cancro, invece d'aver per limite l'esulcerazione superficiale della pelle, si estende appoco appoco nel tessuto dei labbri, e ne occupa tutta la grossezza. Qualche volta comincia con una bolla, altre volte con una durezza del labbro. La pelle che copre questo tumore si increspa

inegualmente su sè stessa, e la membrana muccosa prende una tinta violacea che Ledran riguardava come un indizio sicuro della gravità del male, e come una indicazione urgente di combatterlo. Il labbro stringendolo tra le dita è duro, scirroso: il malato vi risente de' dolori lancinanti. La forma del tumore è irregolare, e le due superfici sono ordinariamente ineguali, e bernoccolute. Ledran ha veduto al labbro superiore un tumore di questo genere, da cui si alzavano come da un centro parecchie escrescenze in forma *di scogliere*.

Il cancro delle labbra, qualunque sia la sua forma, fà o finisce sempre per fare de' progressi. Non è suscettibile di guarigione spontanea. Abbandonato dunque a sè stesso deve estendersi appoco appoco alle parti vicine, alle guancie, al naso, alle ossa massillari, e come si è tante volte veduto far morire i malati.

Se si considera dunque che questa malattia minaccia la vita di coloro che ne sono affetti quando trascurino di reclamare i soccorsi dell' arte, e che tutte le risorse della chirurgia divengono insufficienti per guarirla quando ha fatti de' progressi considerabili, si comprenderà quanto sia grave il prognostico della medesima. Pure quando si combatte opportunamente e con convenienti rimedi, si ottiene quasi sempre una completa e durevole guarigione, perche questa malattia è molto meno soggetta alle recidive, di quello che lo è il cancro delle altre parti del corpo.

Il dolore lancinante del tumore o dell'ulcera cancerosa, la durezza del primo e l'aspetto particolare della seconda, l'inefficacia dei rimedi dolcificanti, e la durata della malattia rendono facile il diagnostico del cancro delle labbra, e non permettono di confonderlo con un'altra affezione di queste parti. Solo nel principio della malattia può esistere dell' incertezza sulla sua natura; ma anco allora se procede con lentezza, non vi è inconveniente veruno ad aspettare: se i suoi progressi sono rapidi ben presto il suo carattere diviene manifesto.

La cura del cancro delle labbra deve variare secondo che il male è più o meno inoltrato, secondo che ha la forma di un' ulcera, o quella di un tumore. Quando la malattia è recente, la sua natura è sempre un poco incerta; e non bisogna affrettarsi di ricorrere ai mezzi i più energici prima d'averne conosciuta l'assoluta necessità. In conseguenza dopo essersi convinti che il tempo e i topici risolventi e dolcificanti non sono efficaci, bisogna informarsi anco più esattamente se il malato ha certe affezioni veneree, erpetiche, psoriche; provare una cura appropriata alla causa presente della malattia, insistere su i rimedi che inducono qualche miglioramento, ed abbandonare quelli che non fanno effetto. In questo ultimo caso bisogna ricorrere prontamente a cauterizzare o a estirpare il tumore, secondo che pare preferibile l'una o l'altra operazione. Io farò conoscere in breve a seconda di quali principi deve il chirurgo decidersi fra questi due mezzi.

Qualunque sia la forma sotto la quale comincia la malattia, accade talvolta, come ho già detto, che ella rimane stazionaria per de' mesi, ed anco per degli anni. In tal caso è prudenza l'astenersi da ogni rimedio, soprattutto quando un importuno prudore non costringe il malato a portare incessantemente le dita sulla parte malata. Si sono vedute persone vivere molti anni con una simile malattia, e soccombere ad una malattia tutt'affatto indipendente dal cancro.

Ma ogni volta che il male fà progressi, e soprattutto progressi rapidi, è necessario distruggerlo col cauterio, o toglierlo via coll' istrumento tagliente. Quando il labbro è solamente ulcerato, senza durezza, senza alterazione della sua membrana interna si può impiegare il cauterio. Si può ancora usare questo metodo contro i tumori poco rilevanti, e che possono distruggersi da una sola cauterizzazione. Questa può farsi col cauterio attuale o coi caustici. Il cauterio attuale ha l' inconveniente di spaventare i malati, e di non estendere sempre tanto lungi la propria azione da distruggere

affatto la malattia con una sola applicazione. Son preferibili i caustici; ma siccome importa assaissimo l'annichilare la malattia con una o al più con due applicazioni, si deve scegliere un caustico bastantemente energico per dare questo risultato. Se i caustici sono stati screditati da qualche chirurgo, è indubitatamente perchè sono stati adoprati con troppo timore, o perchè ne han fatto uso in certi casi ne' quali il male era troppo profondo, e così diventavano inutili o pericolosi. Fra tutti i rimedi di questa specie quello che mi sembra dover meglio riuscire è la polvere arsenicale di fra Cosimo o di Rousselot. Parlando delle ulceri cancerose del viso farò conoscere la composizione di questa polvere e il modo di servirsene.

Quando il tumore è troppo voluminoso per essere attaccato coi caustici, si estirpa coll'istrumento tagliente. Per far ciò si praticano nella parte sana del labbro due incisioni laterali, oblique, che si riuniscono ad angolo acuto, nella base del quale resta compreso il tumore. Queste incisioni devono estendersi al di là del luogo ove il labbro aderisce alla mascella. Bisogna dunque distruggere questa aderenza con una incisione trasversale, che comprenda la membrana interna del labbro, nel luogo ove è in continuità colle gengive, ed anco se è necessario le fibre del fiocco del mento: in generale il labbro deve essere separato dalla mascella fino sotto all'angolo acuto formato dalla riunione delle due incisioni laterali. Io credo che al trascurare questa prudente precauzione si debba solo attribuire la non riunione della parte inferiore della ferita, ed una fistola per la quale scolava la saliva in un malato a cui era stato estirpato un tumore canceroso che occupava tutto il labbro inferiore. Questa fistola cedè ad una compressione lunga e costante, ma in quel luogo la cicatrice rimase sottile e affondata, lo che produceva una leggera deformità. Lafaye (corso di Dionis, settima dimostrazione) pensa che questa fistola provenisse dal passaggio della saliva. Per prevenirne delle simili consiglia di porre una pic-

cola spugna fra le gengive e la ferita: ma non è egli evidente che la saliva non scola se non perchè la riunione non è completa? che il solo mezzo di facilitare l'allungamento delle parti e il loro ravvicinamento si è di separarle dall'osso massillare, al quale sono aderenti? Quando il tumore occupa la commettitura delle labbra, si estirpa facendo due incisioni semilunari, cominciando dalla bocca e terminando verso le guancie.

Estirpato il tumore, bisogna riunire gli orli della ferita con una sutura intrecciata che si pratica nella stessa maniera che per il labbro leporino. Se la sutura intrecciata è necessaria in questa operazione per procurare una riunione esatta degli orli della ferita, ed una cicatrice esente da deformità, con più forte ragione è indispensabile dopo l'estirpazione dei tumori cancerosi, ne'quali l'allontanamento degli orli della ferita non è solamente, come nel labbro leporino, l'effetto della sola retrazione muscolare, ma eziandio il risultato di questa retrazione, e di una perdita di sostanza qualche volta considerabile. Lovis, che come sappiamo ha proscritta la sutura intrecciata nella cura del labbro leporino, la rigetta con disprezzo anco nell'operazione mediante la quale si porta via un tumore canceroso dalle labbra. Secondo questo celebre chirurgo, quando il tumore ha un certo volume, nel toglierlo via non bisognerebbe avere altro scopo che di salvare la vita al malato, e non pretendere di correggere la deformità, soprattutto con de'mezzi che irritano le parti, e richiamano quasi necessariamente gli accidenti, che un'altro metodo potrebbe tener lontani. Quale idea si avrebbe d'un chirurgo, che dopo aver portato via quasi tutto il labbro e scoperta la mascella per una grande estensione, lasciasse il malato con questa orribile deformità? Gl'inconvenienti che possono risultare dalla sutura sono eglino paragonabili coll'aspetto di un uomo così malamente mutilato? Non si tratta di produrre una guarigione qualunque di una malattia di cui è stata affidata ad un chirurgo la cura: bisogna ancora che il malato dopo la guarigione non conservi altri

incomodi che quelli che necessariamente dipendono dai limiti dell' arte, e che non possono sormontarsi da verun sussidio della medesima. La dottrina di Lovis non è stata accettata in pratica. L' autorità di un gran nome non è prevaluta all' esperienza; malgrado gli sforzi di questo celebre professore, per fare proscrivere la sutura intrecciata nella riunione delle ferite che risultano dalla estirpazione dei tumori cancerosi delle labbra, i pratici hanno continuato, e continuano ancora a praticarla con successo. Questa operazione riesce quasi sempre quando vi è possibilità di toglier via affatto il male, e di riunire immediatamente gli orli della ferita; ma la guarigione non è sempre durevole e radicale. Infatti succede spesso che in capo a un certo tempo più o meno lungo si forma un nuovo tumore accanto alle cicatrice, oppure s'ingorgano le glandule linfatiche summassillari, ed il male fà qualche volta progressi rapidissimi. Questa recidiva annunzia una diatesi cancerosa, che renderebbe inutile una seconda operazione. Bisogna dunque starsene ad una cura palliativa. Questa cura è pure la sola che convenga quando essendo stata trascurata la malattia, mal curata, o attaccata con rimedi nocivi, ha fatti tali progressi che è assolutamente impossibile di toglierla interamente, o che potendo essere portata via, è accompagnata da sintomi che caratterizzano una cachessia cancerosa.

Tumori cistici. Sulla faccia posteriore dei labbri, e quasi sempre su quella del labbro superiore sotto la membrana muccosa che la riveste, si formano de'tumori cistici, ripieni di una materia viscosa e glutinosa. Fino a che sono piccoli danno poco fastidio ma crescendo incomodano i moti delle labbra. Qualche volta acquistano il volume di una noce ed allora nociono alla masticaziane e alla pronunzia. Contentandosi di aprire questi tumori e di evacuare il liquido di cui sono pieni, gli orli dell'incisione si riuniscono e il male non tarda a comparire di nuovo. Per ottenere una guarigione radicale bisogna estirpare la cisti in totalità. Si fà una incisione semicircolare alla base del tumore dal lato dell'orlo libero del labbro; si solleva

colla dissezione la porzione della membrana muccosa che ricopre il tumore; si prende con un oncino e si separa col bisturino dalle parti alle quali tuttora aderisce colla sua faccia anteriore. Nel far questa operazione bisogna attentamente evitare di aprire la cisti, la dissezione della quale diverrebbe più difficile se fosse vuota. Quando è portato via il tumore, si applica il lembo della membrana interna del labbro sul luogo che occupava il tumore e si tiene immobile, ponendo delle fila sulla faccia posteriore del labbro, nel tempo stesso che all' esterno si fà una mediocre compressione. La riunione ordinariamente si fà in ventiquattro ore. Ho spesso estirpati con successo dei tumori di questa specie di mediocre volume, e che erano comparsi sulla faccia posteriore del labbro inferiore. Quando il tumore è troppo voluminoso per potersi operare in questa maniera, bisogna cominciare dal portar via con una o più incisioni tutta la porzione della cisti che fà rilievo nell' interno della bocca, e con qnella la membrana che la ricopre; quindi col caustico si consuma la parete anteriore, che sarebbe troppo difficile e forse impossibile di separare completamente dal labbro.

Ulcere delle labbra

Le ulcere delle labbra sono semplici, erpetiche, scrofolose, cancerose o veneree.

— Le ulcere semplici sono quelle che succedono ad una ferita, ad una scottatura, ec. Queste si guariscono facilmente, e devono essere curate come quelle delle altre parti. Si possono riferire a queste ulcere le crepature, l' escoriazioni alle labbra, che ordinariamente si guariscono nei soggetti sani colle unzioni di unguento rosato, di cerotto di saturno, ec.

— Le ulcere erpetiche delle labbra non differiscono da quelle delle altre parti, e devono esser curate come quelle. Lo stesso dicasi delle ulcere scrofolose.

— Quel che abbiamo detto de' tumori cancerosi delle labbra ci dispensa da entrare in lunghe particolarità sulle ulcere cancerose di queste parti. Queste ulcere si

distendono più o meno rapidamente, e somministrano un umore iccoroso fetido. Ora i loro orli sono duri, rilevati, rossi, lividi e dolorosi; ora sono schiacciati e quasi senza dolore. Non si possono guarire queste ulcere se non distruggendole col cauterio o togliendole coll' istrumento tagliente. Nella scelta de' mezzi da adoprarsi, e nella maniera di applicarli, bisogna conformarsi alle regole che abbiamo stabilite trattando de' tumori cancerosi delle labbra.

— Le ulcere veneree delle labbra sono primitive o consecutive. Le prime sono l' effetto dell' applicazione immedita del veleno venereo; le seconde sono il risultato di una infezione generale.

Le ulcere veneree primitive dei labbri attaccano più spesso l' inferiore che il superiore. Queste ulcere si manifestano più o meno lungo tempo dopo l' applicazione del veleno venereo sull' orlo rosso delle labbra, secondo l' attività di questo veleno, la durata della sua applicazione, e il liquido che gli serve di veicolo. Quando questo veicolo è la saliva, come generalmente succede, la loro apparizione e più tarda, ed è più pronta quando è conseguenza di baci osceni, e il veicolo e il mucco. Queste ulcere si annunziano qualche volta con del prurito, poi con del bruciore, l' epidermide si stacca, forma una vescichetta, la di cui apertura lascia una o più ulcere, la superficie delle quali è coperta di muccosita o di una crosta lardacea, le quali si stendono prontamente in larghezza e in profondità. Altre volte, ed è ciò che ho veduto più frequentemente, l' ulcera è preceduta da un piccol tubercolo che va crescendo a gradi, e che diventa un tumore duro, circoscritto, livido, ora doloroso, ora indolente, e che accompagna l' ingorgo delle glandule linfatiche summassillari. La parte di questo tumore che corrisponde all' orlo libero del labbro si esulcera, l' esulcerazione, i di cui progressi sono più o meno rapidi, si estende molto più in larghezza che in profondità. Si può, come l' ho fatto parecchie volte, prevenire questa esulcerazione, adoprando in tempo una cura

antivenerea; ma per determinarsi a questa cura bisogna che la natura della malattia sia ben riconosciuta dal medico che è chiamato a curarla, lo che non accade sempre. Qualche volta si prende per un tumore canceroso, ed ho veduto a medici molto istruiti essere dispiaciuto che l' ingorgo delle glandule summassillari non permettesse di estirpare il tumore. L' inganno è tanto più facile per le persone che non hanno avuta occasione di osservare questa malattia, in quanto che non si ha dai malati veruno schiarimento che possa rischiarare il diagnostico. Infatti la maggior parte avendo contratta la malattia in una maniera che non pare loro capace di produrla, non accordano di essersi esposti al contagio; e fra coloro che l'hanno acquistata per baci osceni, pochi sono quelli che si arrischino di confessare la loro turpitudine. Ma se si considera che il tumore canceroso dei labbri non si sviluppa mai tanto sollecitamente quanto quello di cui qui si tratta; che i tumori cancerosi non provocano che un tardissimo ingorgo delle glandule linfatiche summassillari, mentre che ne' tumori venerei il loro ingorgo ha luogo nel principio delle malattie, si distingueranno facilmente queste due specie di tumori l'una dall' altra. Aggiungasi che il tumor venereo è stato preceduto da qualcheduna delle circostanze che espongono i labbri al contagio, e singolarmente per mezzo di baci fra due persone, una delle quali è sana, l' altra ha delle ulcere veneree nella bocca.

La cura delle ulcere veneree primitive delle labbra è locale e generale. Se l'ulcera o il tumore che la precede è doloroso e infiammato si fà uso dei topici ammollienti e anodini in fomente o in cataplasmi, e si applicano gli stessi rimedi sulle glandule summassilari ingorgate. Quando non vi è dolore nè infiammazione o che sono dissipate, si medica con unguento mercuriale doppio mescolato con un terzo di cerato, e si fanno delle lozioni con del muriato di mercurio corrosivo nella proporzione di ventiquattro grani in due libbre d' acqua distillata.

La cura locale basterebbe ordinariamente per gua-

rire l' ulcera e il tumore sul quale ha la sede: ma standosene a questa cura, il veleno venereo non essendo distrutto, il malato resterebbe esposto agli effetti consecutivi di questo veleno. Per prevenire adunque questi effetti si deve sottoporre il malato ad una cura antivenerea completa con frizioni mercuriali o col muriato sopra óssigenato di mercurio combinato co' sudoriferi.

Le ulcere veneree consecutive sono la conseguenza d' una infezione venerea generale e sono sempre accompagnate da altri sintomi di celticismo. Esse occupano ordinariamente le commettiture delle labbra. La loro superficie è coperta da una specie di cotenna biancastra e non somministra quasi punta materia. Presso l'ulcera sull' uno e l' altro labbro si vede una escrescenza schiacciata poco elevata, e più o meno estesa in lunghezza e in larghezza. L'aspetto di queste ulcere, le circostanze commemorative, l' esistenza di altri sintomi venerei non lasciano alcun dubbio sulla loro natura. Queste ulcere possono sussistere lungo tempo senza fare progressi considerabili. Cedono facilmente e prontamente ai topici mercuriali, e soprattutto a un miscuglio di unguento napoletano doppio e di cerato. Ma bisogna sottoporre il malato ad una cura antivenera generale e completa.

ARTICOLO II.

Delle malattie delle guancie.

Le malattie delle guancie di cui siamo per parlare sono le ferite, i tumori, le ulcere e le fistole.

Ferite delle guancie.

Qualunque sia la direzione di queste ferite si riuniscono facilmente con gl' impiastri agglutinativi quando non interessano che la pelle, che sono rette, e che sono di mediocre estensione. Ma quando sono profonde, lunghe, irregolari o con perdita di sostanza, si riuniscono

più esattamente e si ottiene una cicatrice meno deforme dando loro parecchi punti e facendo concorrere con questo mezzo di riunione gl'impiastri agglutinativi. Ne' soggetti pingui esce qualche volta dalle ferite un pezzo di grasso che aderisce al fondo della ferita per un peduncolo. Se questo e tanto grosso da poter credere che contenga vasi a sufficienza da portarvi il sangue necessario per il suo nutrimento, si può rimettere al suo posto prima di procedere alla riunione della ferita; nel caso contrario è meglio tagliare il peduncolo, e portar via il pezzo di pinguedine. Perhè se si rintroducesse questo grasso nella ferita, siccome non riceverebbe sangue abbastanza per conservare la vita, diventerebbe un corpo estraneo che renderebbe indispensabile la suppurazione. Una ragazza di 10 anni aveva la guancia spaccata dalla sommità o pomello, fino alla base della mascella, da un angolo di marmo quasi tagliente. Un pezzo di grasso della grossezza d'una nocciola attaccato ad uno stretto pedicolo esciva dalla parte media della piaga. Lo rimessi, e di poi riunii la ferita con due punti, e con impiastri agglutinativi. La riunione immediata ebbe luogo fuor che nel posto ove aveva rimesso il pezzetto di grasso, che cade in putrefazione. Questo luogo della piaga suppurò molto e non cicatrizzò se uon dopo tre settimane. Qualche volta la glandula parotide e il suo condotto sono compresi nelle ferite delle guancie; e parlerò di queste ferite trattando delle malattie della parotide.

Tumori delle guncie.

Le guancie possono essere la sede di tutte le specie di tumori ai quali sono esposte le altre parti del corpo. I principali sono l' ingorgo o flussione, il cancro, i tumori cistici.

— La flussione designata da alcuni autori sotto il nome d' infiammazione bianca della gota consiste in una tumefazione di questa parte senza o con fenomeni in-

flammatori. Questa affezione che è frequentissima può limitarsi ad una sola gota, o occuparle successivamente tutte due, o a una alla volta. Essa si stende qualche volta verso le parti vicine, ma non comincia mai altrove che alla faccia. Si osserva principalmente ne' tempi freddi e umidi, ne' luoghi bassi e paludosi; ed attacca più facilmente i giovanetti e gli adulti, che i ragazzi e i vecchi. Le donne vi sono molto soggette inseguito del puerperio, e le persone che ne sono state affette una volta ci sono più sottoposte dalle altre. Nella maggior parte de' casi le flussioni riconoscono per causa la carie di un dente. Quando si pensa alle origine, alla distribuzione, e all' anastomosi dei vasi de' denti e delle guancie, si concepisce facilmente l' azione simpatica delle malattie de' denti sulle gote. Pure le persone che hanno tutti i denti sani qualche volta soffrono delle flussioni: allora esse sono il risultato dell'impressione d'un vento freddo sulla gota o su i denti. Si sono vedute parimente delle flussioni che pareva provenissero dalla retrocessione d' un romatismo o della gotta.

Il solo sintoma che accompagna costantemente le flussioni è la gonfiezza. Ordinariamente sopravviene tutto ad un tratto, ed aumenta rapidamente. Ora si limita alle guancie, ora si stende alle gengive, alle palpebre, alle ali del naso, alla regione parotidea, e alla parte superiore del collo. Nei casi in cui la flussione succeda all' odontalgia la gengiva è gonfia prima della gota: e più raramente al contrario si osservva che la flussione preceda il dolore de' denti. Non sempre il dolore accompagna questa malattia. Quando ha luogo è quasi sempre oscuro e raramente acuto. In generale è un senso di oppressione, di gravezza, di tensione e di rigidità. Quando l' odontalgia ha preceduto la flussione avviene spesso che cessa al momento in cui questa comparisce. Le parti affette dalla flussione qualche volta non sono alterate nel loro colore, altre volte son rosse, altre volte pallide, tese e lucenti; spesso offrono successivamente questi due aspetti. A questi sintomi se ne aggiungono

anco alcuni altri, che sono l'effetto immediato della tumefazione della faccia; coma la difficoltà di parlare, di masticare, di sputare, qualche volta il ptialismo e la tosse. Alcuni sintomi generali accompagnano certe flussioni: la bocca è pastosa o amara, la lingua è carica; il polso frequente, il calore forte, e il malato soffre un malessere generale.

Le flussioni si sviluppano rapidamente, e si dissipano sempre con più lentezza. In alcuni casi la malattia si mostra in una parte della faccia a misura che cessa nell' altra. La sua durata ordinariamente è molto breve. Quattro, sette giorni la vedono cominciare e finire. In alcuni casi si prolunga fino al decimo quarto ed anco al di là.

Le flussioni delle guancie terminano quasi sempre per resoluzione. Talvolta si forma nella parte affetta un punto purulento, e la suppurazione termina la malattia. Qualche volta pure il termine non è completo: la tumefazione diminuisce notabilmente senza però che le parti ritornino al loro natural volume. La flussione che non deve finire che suppurando è accompagnata da sintomi propri del flemmone: il rossore è acceso, il dolore acuto, pulsativo, il calore è forte: questa è la flussione inflammatoria o flemmonosa.

Il diagnostico della flussione è facile. Basta esser prevenuto che l' edema e il flemmone delle guancie, le malattie del sino massillare, la salivazione mercuriale possono produrre sintomi analoghi alla flussione per essere sicuri da qualunque errore.

La cura delle flussioni varia a cagione delle cause che le fan nascere e della forma sotto la quale si manifestano. Le flussioni primitive, cioè quelle che non sono prodotte da veruna altra affezione, come la carie dei denti ec. cedono per lo più senza verun rimedio. La sola indicazione che allora si presennta è di tener calda la parte. Si raccomanda dunque al malato di non esporsi all'aria fredda e di coprirsi la gengia con del cotone o della lana. Quando la flussione è accompagnata da ros-

sore ed da calore si ricorre ai topici emollienti, come le fomente d'acqua di malva, di sambuco, gl'impiastri di farina di seme di lino, i collutori della stessa natura. Nel caso in cui la flussione inflammatoria sia accompagnata da piressia, o sia dovuta alla soppressione d'una emorragia abituale sono indicate le mignatte o il salasso. Se si è formato un'ascesso, come qualche volta succede, si può lasciarlo aprirsi da sè stesso quando è poco considerabile, e che le parti non oppongono alla marcia una troppa grande resistenza. Nel caso ordinario si deve aprire collo strumento tagliente. Se l'ascesso ha la sua sede tra le gengive e la guancia, si può aprire nell'interno della bocca, e dare all'incisione una estensione assai grande: ma quando è situato nella grossezza della gota presso agl'integumenti, bisogna che l'incisione sia fatta al di fuori e non abbia altra estensione che la necessaria all'esito della marcia, affinchè la cicatrice sia meno grande, e per conseguenza meno apparente.

Le flussioni non si terminano sempre con una pronta resoluzione, o per suppurazione. Non è raro vedere l'ingorgo che le costituisce persistere, con o senza dolore, ma senza rossore e senza durezza per più settimane ed anco per uno o due mesi. La cura che conviene alle flussioni acute non conviene alle flussioni croniche. Qui si deve ricorrere ai topici leggermente aromatici, e ai derivativi, che si portano successivamente sulla bocca, sul condotto intestinale, e su diverse pareti della pelle. Si sono spesso con successo usate le masticazioni irritanti, i purganti drastici, i pediluvi con senapa, i vescicanti alla nuca, i sudoriferi ec. Non è senza esempio che alcune flussioni abbiano resistito alla maggior parte di questi mezzi, e che non sieno sparite che appoco appoco mediante il solo benefizio della natura.

Pure questi diversi mezzi bastano quando la flussione è primitiva. Ma quando è prodotta da un'altra malattia, ed allora lo è quasi sempre dalla carie di un dente, il rimedio il più efficace è la distruzione di questa malattia, l'estrazione del dente. Pure sarebbe

imprudenza il fare questa operazione quando la flussione è al suo maggior grado. Si deve aspettare che sia completamente o quasi incompletamente dissipata per procedere all' estrazione del dente.

— Il foruncolo, l' antrace e la pustola maligna devono essere curate alle guancie come alle altre parti del corpo. Farò solamente osservare che non si deve avere per unico oggetto la guarigione della malattia, ma si deve adoperarsi ancora a guarirle con la minor deformità possibile. Lo stesso dicasi dei tumori cistici, scirrosi e cancerosi delle guancie. Questi ultimi han ciò di particolare che non sempre si mostrano all'esterno. In alcuni casi si sviluppano alla parte interna delle guancie, nella membrana muccosa della bocca, e nel tessuto cellulare che l' unisce al muscolo buccinatore. Questi devono essere estirpati per tempo, perchè presto acquistano un aumento che rende l' operazione molto più difficile, o anco impossibile. Quando la malattia ha già fatto dei gran progressi al momento in cui è chiamato il chirurgo, bisogna portare tutta l' attenzione per riconoscere se il tumore è, o non è suscettibile di essere portato via in totalità; nel primo caso si deve sollecitamente ricorrere ad una operazione che può salvare la vita al malato; nel secondo bisogna astenersene assolutamente. In fatti se la recidiva della malattia è da temersi quando si è potuto estirpare completamente il tumore, è certa quando l' estirpazione non è stata completa. Un savio chirurgo non intraprende mai una operazione dalla quale il malato non può ritrarne verun vantaggio, che può compromettere e l' arte che la disapprova, e l' imprudente che ardisce tentarla.

Fistole delle guancie.

È stato antecedentemente trattato delle fistole che dipendono da una malattia del seno massillare; parlerò più tardi di quelle che sono prodotte dalla lesione della glandula parotide o del suo condotto escretore. Non

tratterò in questo luogo se non di quelle che sono il risultato di una perforazione delle guancie con perdita di sostanza o di una malattia dei denti.

Quando in seguito di un carbonchio, d' una bruciatura o di qualche altra causa la gota è forata da parte a parte con perdita di sostanza, accade frequentemente, soprattutto quando la piaga ha una certa estensione, che i suoi orli non si riuniscono: essi cicatrizzano isolatamente, e rimane una apertura nella guancia. Questa apertura dà continuamente passaggio alla saliva, e nel mangiare agli alimenti.

La cura di questa specie di fistola consiste nel tagliare gli orli con due incisioni semi-ellitticbe, e nel riunirli inseguito con una sutura intraversata. Se il malato non volesse sottomettersi a questa operazione, si chiuderebbe la apertura con uno stromento simile ai bottoni doppi d'avorio, di cui in qualche paese si servono alcuni uomini per le cinture e per i calzoni. Ho veduta una persona che aveva una fistola di questa specie e che aveva immaginato un otturatore più comodo di quello di cui ho parlato. Era composto da due piastrelle di argento rotonde e larghe un poco più della fistola. Un fusto d' argento cilindrico e di una lunghezza proporzionata, alla grossezza della gota era saldato colla sua estremità alla parte media della piastrella che corrispondeva alla parte interna della bocca: l' altra estremità offriva una scanalatura in spirale e si adattava in una incavatura scannellata che era alla piastrella esterna. La maniera di agire di questo istromento è troppo facile a concepirsi perchè sia necessario spiegarla.

— Le fistole prodotte e mantenute dalla carie dei denti, dal gonfiarsi della loro radice o dalla difficoltà di spuntare degli ultimi grossi molari sono comprese sotto la denominazione di fistole dentali.

Quelle fra queste fistole che provengono da una malattia de' denti della mascella inferiore sono ordinariamente situate verso la base di quest' osso, o sulla sua superficie esterna; in qualche caso sulle parti anteriore

o laterale del collo. La carie de' denti molari della mascella superiore causa raramente una fistola dentale. Il risultato di questa carie è quasi sempre un'affezione del seno massillare. Se allora sopravviene una fistola alla guancia, non vi è luogo veruno che corrisponda al seno, che ella non possa occupare. La lesione del dente canino della mascella superiore produce qualche volta una fistola che ha la sua sede presso l'ala del naso, nella fossetta che separa il labbro superiore dalla gota che gli corrisponde. Ho veduta una fistola di questa specie che un chirurgo aveva presa per un' ulcera cancerosa, e per la quale aveva prescritto al malato l'estratto di cicuta per più di un'anno. Le funzioni dello stomaco ne erano rimaste sconcertate e la costituzione dell' individuo molto alterata. Io feci estrarre il dente canino la cui radica era alterata. Due giorni dopo la fistola era guarita. Un altro malato che da sei anni aveva una fistola sotto al mento, prodotta dall' alterazione dei vasi e della membrana dentale dei due incisivi medii della mascella inferiore, fu parimente guarito in sei giorni dopo che furono cavati questi due denti. Essi non erano per niente cariati, ma erano dolorosi, e per questa circostanza, per l' aspetto e per la direzione della fistola giudicai della sua natura e del mezzo conveniente per la sua guarigione.

Le fistole dentali sono precedute da una tumefazione più o meno considerabile delle parti molli che ricoprono il dente malato. Il tumore non è nè esteriore nè mobile. Aderisce all' osso massillare e si estende per gradi dall'interno all' esterno. In principio è pochissimo apparente e mal circoscritto; e prende dei limiti prendendo dell' aumento. Si ammollisce in seguito, si converte in un ascesso la cui apertura spontanea o artificiale diviene fistolosa. Il tumore, che diviene un' accesso e dà luogo alle fistole dentali è spesso preceduto da odontalgia, spesso da flussione, é qualche volta da tumefazione della mascella e da una specie di esostosi.

Gli altri sintomi delle fistole dentali variano secondo che sono o semplici o complicate da qualche affezione

dell' osso massillare. Quando sono semplici sono prodotte e mantenute dalla carie del dente o dall' ingorgo delle parti molli che loro sono vicine, e dei vasi che ricevono. Esse si presentano o sotto l'aspetto di una piccola ulcera, in mezzo alla quale è un' apertura, gli orli della quale sono callosi, e da cui trasuda una piccola quantità di pus sieroso. Qualche volta in vece di una apertura ve ne esistono parecchie le une vicine alle altre. Se l'ulcera non è coperta da un'impiastro, la marcia che esce dall'orifizio fistoloso si dissecca dal suo contatto coll' aria, e forma una crosta sottile che chiude l'orifizio, e che ben presto si stacca dal pus che si accumula sotto di lei. Se s' introduce uno specillo nella fistola, si dirige verso il dente malato, e qualche volta incontra l'osso massillare denudato. Il dito portato nella bocca tocca l' estremità dello specillo attraverso la membrana interna di questa cavità o lo specillo penetra nella bocca del pari che un liquido iniettato dall' orifizio esterno della fistola.

Le fistole dentali che sono complicate con la necrosi o con l'esostosi della mascella sono ordinariamente precedute da un ingorgo inflammatorio considerabile che finisce per suppurazione. L' ascesso si apre e degenera in una ulcera fistolosa coperta di carni fungose. Qualche volta invece di un ascesso se ne formano due o più. Lo sgorgo che procura la suppurazione non fà sparire interamente il tumore. Le parti molli restano gonfie e l'osso pure tumefatto. Una gran quantità di pus sgorga continuameute dalla fistola, nel fondo si tocca l' osso a nudo con uno specillo.

Le fistole prodotte dalle difficile eruzione degli ultimi molari, o denti del giudizio, sono precedute da una flussione considerabile, dopo il quale ne segue un'ascesso. Ma in questo caso lo sgorgo che succede all' apertura dell' ascesso è molto più rapido, e l'osso non è affetto.

Il diagnostico delle fistole dentali è in generale facilissimo. Il dolore dei denti, la distruzione di una parte della corona pella carie, delle ripetute flussioni sono i segni che congiunti alla corrispondenza della fistola col

dente malato, non lasciano alcun dubbio sulla natura di queste fistole. Nel caso in cui sieno prodotte da una affezione della membrana che riveste i denti, dall'ingorgo de' piccoli vasi che la penetrano, il diagnostico può essere più difficile. In fatti qualche volta i malati non risentono verun dolore, ma se con un corpo metallico si percuote qualcheduno dei denti che corrispondono alla fistola, si produce un dolore intensissimo ad uno di essi, cioè a quello che è malato, e che bisogna cavare; e quasi sempre si trova alla sua base un piccolo tumore molle e fungoso. Il diagnostico delle fistole dentali può anco presentare qualche imbarazzo quando dipendono dalla difficile eruzione dell'ultimo molare, e che il malato non può aprire la bocca. Bisogna in questo caso portare profondamente l'indice fra la guancia e l'arco alveolare: si riconoscerà che lo spazio compreso fra il secondo grosso morale e l'apofisi coronoide non è bastantemente grande per permettere al terzo grosso morale di uscire dal suo alveolo: si potrà ancora sentire la corona di questo dente a traverso la gengiva tumefatta e qualche volta anco cominciata a incidersi.

La cura delle fistole dentali può distinguersi in preservativa e in curativa. Si previene la formazione di queste fistole quando non esiste ancora se non un ingorgo delle parti molli, prodotto dalla malattia d'un dente, facendolo cavare prima che siasi formato l'ascesso. Allora l'ingorgo si dissipa appoco appoco; ma è raro che i malati si decidano a questa operazione quando i sintomi che provano non sono più gravi.

La stessa cura conviene ancora quando la fistola è formata; bisogna cavare il dente che corrisponde alla fistola, e che ora è cariato, ora solamente dolente. Tutti i topici, tutti i rimedi interni sarebbero affatto inutili, mentre l'estrazione del dente fà sparire la fistola in pochi giorni. Fabbrizio Ildano riporta quattro osservazioni di fistole alla mascella inferiore prodotte dalla carie de' denti, guarite dopo estratti i denti o i loro frantumi.

Nelle fistole dentali complicate con tumefazione dell' osso massillare, l'estrarre i denti cariati basta ordinariamente per indurre la guarigione della fistola e la risoluzione dell'esostosi. È credibile che l'osso è necrosato quando la guarigione non succede a questa operazione: e in questo caso perchè la fistola sparisca è necessaria l' esfoliazione dell'osso, lo che succede con lentezza.

Le fistole dentali prodotte dalla difficile eruzione dell' ultimo molare non guariscono se non quando questo dente è interamente spuntato. Il mezzo più efficace per favorire questa eruzione è di estrarre il secondo grosso molare, ma l' impossibilità di aprire la bocca spesso ne rende impraticabile l' evulsione; e allora bisogna limitarsi all' uso dei topici ammollienti e dolcificanti.

ARTICOLO III.

Delle Malattie delle glandule parotidi.

Tratterò successivamente delle ferite, degl'ingorghi, della infiammazione, degli ascessi, degli scirri, delle fistole ec. che sopraggiungono alle glandule parotidi.

Ferite della glandula parotide, e del suo condotto escretore.

Queste ferite meritano una particolare attenzione a motivo delle fistole salivari che sogliono seguirne.

Le semplici punture ordinariamente guariscono con facilità. L' ingorgo che sopraggiunge nel tragitto stretto della ferita ne ravvicina gli orli, e si oppone alle formazione di una fistola; pure si è veduta prodotta questa malattia da un colpo di spada (1). Un istromento ta-

---

(1) Ambrog. Parco, lib. 10 cap. 26.

gliente che divide più o meno profondamente il tessuto della parotide darebbe più spesso luogo ad una fistola salivare, se fino di principio non si avesse luogo di esercitare una compressione convenevole sulla parte divisa. Ma singolarmente dopo le ferite contuse si deve temere la formazione d'una fistola, e si deve cercare di prevenirla co' mezzi i più efficaci.

Non è sempre possibile nelle ferite della regione parotidea di sapere fin dal principio se è interessata la glandula, soprattutto se la ferita è fatta da un istromento pungente o da un corpo contundente. Nel primo caso non si conosce la profondità alla quale è penetrato l' istromento: nel secondo non si può assicurarsi fin dove sia portato il disordine, ammeno che non vi sia perdita di sostanza. Nelle sole ferite dunque fatte con istrumento tagliente si è ordinariamente certi della lesione della glandula parotide fin dal principio della malattia.

Lo scolo della saliva dalla piaga non è sensibile ne' primi giorni della ferita perchè questo liquido si mescola al pus e al sangue, e non è riconoscibile. In capo a un tempo più o meno lungo si può distinguere la saliva che esce dalla piaga, soprattutto nel tempo del pasto. Ma in tutti i casi non bisogna che il chirurgo aspetti che questo scolo si sia manifestato per combatterlo: bisogna che procuri di prevenirlo. Ogni volta che una piaga interessa, o può interessare la sostanza della glandula parotide, bisogna riunire prontamente ed esattamente i suoi orli con delle strisciole agglutinanti; e mediante una fasciatura, sulla parte ferita della glandula, esercitare una compressione tanto forte da impedire lo scolo della saliva: bisogna ancora prescrivere al malato un severo regime, il riposo e il silenzio assoluto. Si legge nel giornale di medicina (1) il seguente fatto: la parotide essendo stata tagliata a tre linee di profondità da un pezzo di vetro, il cattivo stato degli orli della ferita necessitò a portarne via una porzione

(1) Tom. 25 pag 449.

colle cesoie: furono quindi ravvicinati con attenzione e tenuti in contatto gli orli con una fasciatura che comprimeva fortemente. La cicatrice si fece in diciassette giorni, e non sopravvenne veruna fistola.

Le ferite del condotto escretore della glandula parotide sono meno frequenti che quelle della glandula istessa. Questo condotto ha troppo poca grossezza perchè non interessino che una porzione del suo diametro; quasi sempre la divisione è completa. Quasi sempre questa divisione è fatta da un istromento tagliente. Quando la ferita è larga è profonda, si possano qualche volta in mezzo alle parti tagliate riconoscere i due orifizi accidentali del condotto salivare. Quando la gota è divisa verticalmente o obliquamente in tutta la sua grossezza, non vi è dubbio che il canale non sia aperto. Ma in molti casi il diagnostico è più oscuro, e non si conosce che il condotto salivare è stato ferito se non dopo qualche giorno dallo sgorgo della saliva nel tempo del pasto. Si avrebbe torto a credere che la divisione di questo condotto ha per necessaria conseguenza una fistola: non è impossibile che i due orifizi del canale, convenientemente ravvicinati si riuniscano nello stesso tempo e per lo stesso meccanismo delle parti molli circonvicine. Lo scolo della saliva vi oppone solamente un'ostacolo che rende la cicatrice molto difficile, senza però che ella sia al di sotto degli aiuti della natura. Così, ammettendo che la guarigione delle ferite del condotto salivare abbia qualche volta luogo senza fistola, io penso che le guarigioni di questa specie sono assai rare, e sono ben lungi dall' adottare l' opinione dei chirurghi che riguardano come straordinario il caso in cui » sopravvenga una fistola salivare » dopo profondi colpi di sciabola alla gota con divisione » del condotto escretore (1) ». Per quanto rispettabile sia la autorità di M. Percy, per quanti dritti gli faccia meritare la sua lunga esperienza nella cura delle ferite,

---

(1) Bullet. della facoltà di medicin. 1811 n°. 3.

io credo che se alcune grandi ferite alle guancie non sono se non raramente seguite da fistole salivari, ciò nasce dall'essere raramente diviso il condotto salivare. Farò osservare che è molto difficile, e spesso impossibile nella maggior parte di queste ferite, di distinguere il condotto della glandula parotide tramezzo al tessuto cellulare, dai vasi sanguigni e dai nervi che attraversano la guancia; cosicchè non si ha quasi mai la sicurezza della lesione del canale, se non che vedendo uscir la saliva dalla ferita. Ora come esser sicuri che il canale è stato aperto quando abbiamo riunita la ferita immediatamente?

Ma se si riconosce la lesione del condotto di Stenone tanto all'istante in cui è stata fatta la ferita, quanto qualche giorno più tardi, non bisogna semplicemente tentare la riunione delle parti, ma bisogna ricorrere a mezzi propri per prevenire la formazione quasi inevitabile di una fistola. Questi mezzi sono diversi secondo che la ferita interessa tutta la grossezza della gota e penetra fino nella bocca, o che la gota non è divisa se non in una parte della sua grossezza. Nel primo caso si deve porre una mannella di fila nella metà interna della grossezza della piaga, dirimpetto al luogo a cui corrisponde l'apertura accidentale del condotto, affine di stabilire una fistola interna per la quale la saliva possa scorrere nella bocca. Questa mannella deve essere trattenuta da un filo che abbracci la sua parte media, e che ricondotto all'angolo superiore della ferita, è fissato al di fuori con un pezzo di drappo d'Inghilterra. Nel secondo caso bisogna finire di dividere la gota in tutta la sua grossezza, ma al luogo solamente che corrisponde al canale, affinchè la ferita comunichi colla bocca e che si possa pure mettere una faldella di fila. Nell'uno e nell'altro caso bisogna continuar l'uso delle fila per un tempo tanto lungo da rendere in qualche modo callosa la apertura interna. La parte esteriore della ferita cicatrizza prontamente, eccetto nel tragitto stretto che percorre il filo; e questa stessa piccola apertura si chiuderà, da che si lascerà di servirsi della faldella di fila.

Non ho mai avuta occasione di fare uso del metodo che ho descritto, nè so che sia stato posto in uso da altri chirurghi: non riposa dunque se non sulle probabilità. Si può giudicare fino a un certo punto dei suoi resultati da una osservazione che si trova nel giornale di medicina (mese d'Ottobre 1817) e che è stata comunicata da M. Garnier. Si tratta di una ferita nella gota fatta da un colpo di sciabola, nella quale il canale dello Stenone fu aperto. Fu riunita la ferita con impiastri agglutinanti, e tolto l'apparecchio il quarto giorno fu riapplicato in seguito. La guancia era molto tumefatta. Fu coperta con un cataplasma ammolliente, il cui uso continuato per dodici giorni diminuì molto l'infiammazione, soprattutto alla parte anteriore della gota. Si manifestò a quell'epoca un tumore bislungo di un pollice e mezzo di estensione, cominciando sotto al luogo in cui il canale era stato tagliato, e dirigendosi obliquamente da alto in basso e dal di dietro al davanti. Questo tumore era formato da della saliva sparsasi nel tessuto cellulare succutaneo: quando il malato parlava molto o mangiava il tumore cresceva in volume, e la pelle che lo copriva era fortemente tesa. La cavità della bocca era meno umettata dal lato malato che dal lato sano. Uno specillo d'oro finissimo, che terminava in un bottoncino a oliva, introdotto per l'orifizio del condotto dello Stenone vi penetrava facilmente fino al luogo ove il condotto era stato tagliato: ma fu impossibile, perquanta forza vi si usasse, di farlo giungere nella specie di sacco che conteneva la saliva, ciò che prova che la parte anteriore di questo condotto era obliterata al luogo della ferita. L'indicazione era evidentemente di aprire il tumore dalla bocca, di mantenere l'apertura dilatata per qualche tempo per renderla fistolosa, e così assicurare il libero scolo della saliva. M. Garnier prese precisamente questa indicazione; aprì il tumore con un troacarte da idrocele, e quando la saliva che ei conteneva fu tutta uscita, ritirò la cannula dell'istromento, e pose nell'apertura una faldella di fila, l'estremità della quale

fu condotta fino nella estremità del sacco. Il giorno dopo l' operazione trovò che la faldella aveva cangiato di luogo, che la saliva erasi di nuovo riunita nel sacco, e che non colava più nella bocca: l'apertura fatta al tumore erasi cicatrizzata, e fu tentato invano d'introdurvi un specillo. Fu fatta una nuova puntura, col troacarte, e vi fu posta una corda di budello di una linea di diametro per mezzo della stessa cannula: una delle sue estremità si trovava nell'interno del sacco, e l'altra, che usciva un poco dalla bocca, era con un filo fissata al berretto del malato. In capo a due giorni fu tolta la corda, e ve ne fu rimessa un' altra della stessa grossezza. Fu continuata la stessa cura per dieci giorni, in capo de' quali la guarigione fu completa; cioè l'apertura fu convertita in una fistola per la quale la saliva passava liberamente nella bocca. Il tumore disparve, e un ingorgo duro che era sopravvenuto cedè ai cataplasmi ammollienti.

In qualche caso di ferita nel canale della glandula parotide è stato osservato un fenomeno particolare: i due capi del condotto non si riuniscono, nè si forma una fistola: si vede sul luogo stesso della divisione un tumore molle che si abbassa sotto il dito, e che fà spruzzare nella bocca un piccol getto di saliva. Ora, come lo ha osservato M. Percy (Bullet. della facoltà medica an. 1811 n.° 3) un tal tumore non può essere che una specie di sacco intermedio fra i due orifizi non immediatamente riuniti, e nel quale come in nn bacino la porzione posteriore del condotto salivare versa il liquido, che vi spinge la porzione anteriore per condurlo alla bocca. Il capitano Lasocki già al servizio di Francia nella legione della Vistola ha un tumore di questa specie, conseguenza di parecchie ferite che ha ricevuto nel fatto di Sommo-Sierra in Spagna. Questo tumore occupa il centro d' una vasta cicatrice che divide in due tutta la gota sinistra, e si vuota ogni volta che si comprime. Forse una lunga compressione dissiperebbe questa retensione di saliva, e questa è l' opinioue di M. Percy.

Degli orecchioni.

S' intende con questo nome comunemente un ingorgo inflammatorio, che si manifesta nella regione della parotide, e che ordinariamente regna in una maniera epidemica.

Questa malattia può aver la sua sède nel tessuto istesso della glandula parotide, ma per lo più non occupa che il tessuto cellulare e la pelle che ricuopre la faccia esterna di questa glandula.

I bambini e i ragazzi sono quasi i soli che sieno esposti a questa malattia. È raro che si osservi nelle persone di trenta anni; i vecchi non ne sono quasi mai affetti. La causa ordinaria di questo ingorgo è l' esposizione al freddo e all' umidità. Lo stesso individuo raramente ne è attaccato due volte in tempo di sua vita: ma l' ingorgo può successivamente mostrarsi a destra e a sinistra, come può occupare tutte due le parti alla volta.

La malattia è ordinariamente preceduta da qualche sintoma febrile. Si manifesta in principio un dolore fisso nella regione parotidea, ed una tumefazione piuttosto edematosa che inflammatoria, che comincia dall'angolo della mascella e si stende di là fino sulle parti vicine del collo e della faccia. Le glandule summassillari, sullinguali, ed anco le gavine partecipano di questa affezione, la quale impedisce i moti della mascella e rende difficilissima la deglutizione, e talvolta impossibile.

Questa malattia si termiua ordinariamente per risoluzione. In capo a tre o quattro giorni le parti tumefatte si ammolliscono, diventano flaccide; i sintomi generali diminuiscono; la pelle si aggrinza; esala dai suoi pori una leggera rugiada; qualche volta si manifesta un sudore generale, che pare che a gradi faccia diminuire la tumefazione. Ma quando i sintomi locali persistono colla stessa intensità, o continuano a fare de' progressi, quando la tensione aumenta, e che vi è unito del ros-

sore; quando i dolori diventano pulsativi, è probabile che sopraggiunga la suppurazione: un punto bianco non tarda a comparire nel luogo più elevato del tumore; si allarga appoco appoco; la fluttuazione dapprima oscura diviene di giorno in giorno più apparente, e si stende dal centro alla circonferenza. Qualche volta l' indurimento succede all' ingorgo inflammatorio. Questo termine però è il più raro di tutti. Gli orecchioni sono soggetti ad una specie di termine di cui altre malattie offrono raramente l' esempio; e questa è la metastasi. Essa ha luogo ordinariamente su i testicoli nell' uomo, e sulle mammelle e sulle parti esterne della generazione nella donna. Il freddo e l' umidità dell' ammosfera, i purganti drastici, i salassi intempestivi pare che sieno soliti a provocarla. Si giudica che la malattia va per portarsi sopra un' altro organo quando la tumefazione sparisce rapidamente, e i sintomi generali invece di diminuire in proporzione prendono all'opposto una nuova intensità. In questo caso non indugia molto a manifestarsi un dolore accompagnato da tumefazione al testicolo dalla stessa parte o ai due testicoli ad un tratto, secondo che la prima affezione ha occupate ambedue le regioni parotidee o si è limitata ad una sola. La tumefazione dei testicoli che succede agli orecchioni può avere lo stesso termine della malattia che l' ha preceduta. Ora ha luogo un sudore abbondante sullo scroto, e la resoluzione termina felicemente la malattia: altre volte il testicolo conserva una considerabil durezza alla quale succede in qualche caso l' atrofia di quest' organo. Finalmente questa affezione secondaria è ella stessa suscettibile di metastasi sulla parotide, e da quella sul testicolo ancora, e ciò più volte di seguito. Il dissiparsi subitamente l'ingorgo tanto della parotide quanto del testicolo è stato qualche volta seguito da delirio, da convulsioni, dalla morte. Allora si è creduto che la metastasi si fosse fatta sul cervello, ma l'apertura dei cadaveri non ha confermata questa congettura, almeno in quanto ad una congestione verso quest' organo.

La cura degli orecchioni è molto semplice. Si applicano sulla parte tumefatta delle fomente calde proprie a favorire l'esalazione, che accompagna ordinariamente la resoluzione. Alcuni autori consigliano di coprire le pareti con lana imbevuta d'olio di lino e di camomilla, altri di difendere solamente dal freddo la parte tumefatta, applicandovi un fazzoletto, che passato sul sincipite è fatto ripassare, ed è annodato sotto il mento. Si prescrivono all'interno bevande rinfrescanti ne'primi giorni, e più tardi una infusione diaforetica. Si amministra ancora qualche blando minorativo che favorisca la resoluzione e prevenga la metastasi.

Quando la suppurazione comparisce si deve favorirla con cataplasmi ammolienti, e quando è bene stabilita si fà una piccola incisione alla parte più rilevata del tumore per dare esito alla marcia. Ordinariamente la guarigione è prontissima.

Quando la subitanea disparizione del tumore e l'esulcerazione dei sintomi generali fà presumere la metastasi della malattia bisogna subito applicare un vescicante sulla parotide, per richiamare l'irritazione verso questa parte. Si amministra nello stesso tempo una bevanda stimolante, come l'influsione di menta o d'arnica, coll'aggiunta di acetato o di muriato d'ammoniaca. Se la metastasi avesse luogo sul cervello, bisognerebbe aggiungere a questi sussidi l'applicazione dei sinapismi su diverse parti del corpo, e ricorrere anco al salasso se i sintomi generali l'indicassero, e se lo stato del polso non ci si oppone. Finalmente se il delirio e le convulsioni sopravvenissero dopo la subitanea soppressione della tumefazione de' testicoli, delle mammelle o delle gran labbra, su queste stesse parti, o più vicino che fosse possibile, bisognerebbe applicare i rubefacenti o i vescicanti, l'uso dei quali ha spesso prodotti buonissimi effetti.

Delle parotidi

Le regioni parotidee sono soggette ad un altra specie di tumefazione che sopravviene nel corso o verso il declinare delle febbri di cattivo carattere. Questo ingorgo è comunemente disegnato in patologia col nome di *parotidi*. Se ne distinguono due specie, le parotidi sintomatiche e le parotidi critiche. Le une si manifestano ne' primi giorni della malattia, o nel tempo dell' aumento: esse non sono seguite nè accompagnate da alcun miglioramento. Le altre non compariscono che all' epoca in cui la malattia si termina, e la loro apparizione coincide sempre con un notabile miglioramento dei sintomi.

Nell' una e nell' altra specie i sintomi locali sono presso a poco gli stessi che quelli degli orecchioni, e queste due affezioni non si distinguono l' una dall' altra se non dai fenomeni generali.

Il prongnostico delle parotidi critiche è tanto favorevole, quanto quello delle parotidi sintomatiche è funesto. Le prime indicano il termine felice di una gran malattia, le seconde aumentano il pericolo di una affezione di già pericolosa in sè stessa.

La cura non è la stessa nelle due specie. Nell' ingorgo critico si deve avere per iscopo di favorire la suppurazione della parte infiammata. La risoluzione non è costantemente seguita da accidenti cattivi; ma non lascia mai il medico in una piena sicurezza sulla sorte del malato. In conseguenza se la tumefazione ha un carattere evidente inflammatorio, e se la intensità dei sintomi annuzia una pronta suppurazione, basterà applicare sul tumore dei cataplasmi ammollienti, fino a che la flussione sia bene stabilita, e completo il rammoglimento. Allora si farà al tumore una incisione semplice, la quale darà al liquido luogo di uscire, e alla ferità di riunirsi prontamente. Se il tumore per il suo volume e per la pressione che esercita all' interno facesse temere la suppurazione, producesse l' assopimento, il deliquio, come se ne sono

visti esempi, sarebbe imprudenza di aspettare la totale maturazione del tumore prima di aprirlo. Bisogna incidere senza aspettare più lungamente sul punto il più rilevato. Tale è il metodo da seguirsi quando l'infiammazione è risentita, e la suppurazione tende a farsi in un piccol numero di giorni. Bisogna agire diversamente quando le parotidi hanno il carattere di tumori freddi, e quando non suppurano che con lentezza, ed in una maniera incompleta. I cataplasmi irritanti sono propri ad accelerare il corso della malattia: si preparano colla mostarda, l'acetosa, le cipolle di gigli o le cipolle ordinarie mescolate con del lievito e cotte nel grasso. Se alcuno degli accidenti di cui ho antecedentemente parlato costringesse ad aprire il tumore prima della fluttuazione bene stabilita, si adoprerebbe il bisturino, se il tumore fosse già rammollito in qualche parte, e la pietra da cauterio, se ancora fosse duro nella sua totalità.

Le parotidi critiche terminano qualche volta in gangrena. Questa ora comparisce repentinamente, ora succede a de' sintomi infiammatori molto acuti, in qualche caso è accompagnata da enfiagione generale della faccia. Questa gangrena si limita ordinariamente ad una piccola estensione. L'escara cade. La piaga che è sotto dà una buona suppurazione, e non tarda a cicatrizzarsi. Così questa terminazione è più spaventevole che pericolosa. Ma però in qualche caso essa è funesta: allora la piccolezza del polso, il raffreddamento delle membra, le sincopi, la scomposizione delle fattezze precedono e annunziano la morte. La cura deve esser diversa in queste diverse circostanze: quando la gangrena succede ad una molto forte infiammazione, e si circoscrive rapidamente, appena vi è tempo di applicare rimedi stimolanti, e bisogna continuare gli emollienti par favorire la suppurazione che deve portare la caduta dell'escara. Quando la gangrena sopraggiunge lentamente, ed è accompagnata dall'edema della parte tumefatta, da sudori freddi, da postrazione di forze e da altri sintomi che annunziano

un grave pericolo, bisogna applicare de' caustici sul tumore, incidere l'escara, coprirla di antisettici, e prescrivere all'interno de'tonici, de' cordiali e tutti i mezzi infine indicati dalla più decisa adinamia.

Le parotidi sintomatiche han quasi sempre un termine funesto. Gli uni, riguardandole come un semplice sintoma che aggrava gli altri, procurano di ottenerne la risoluzione al momento che compariscono; altri, vedendo in questa tumefazione un deposito di una materia nociva, temono di crescere la gravità del male principale, procurando la metastasi di questa supposta materia sopra un' organo più necessario alla vita. Comunque siasi di queste spiegazioni, generalmente tutti convengono che la resoluzione delle parotidi sintomatiche è più da temersi della loro suppurazione: in conseguenza subito che si manifestano bisogna coprirle di cataplasmi irritanti, ed anco prima che si stabilisca la suppurazione, o ad oggetto di diminuire l'incomodo meccanico che producono, o per determinare nel luogo che occupano una forte irritazione, una salutare diversione. Si adoprano i caustici o l' istromento tagliente, secondo che l'ingorgo presenta il carattere di una infiammazione acuta, o di una infiammazione lenta.

Diverse altre cause possono anco produrre l'ingorgo delle glandule parotidi e delle parti che le ricoprono tali sono la ripercussione della tigna, della rogna, la retrocessione della gotta ec. La carie d' uno o di più denti, una difficile dentizione, il vizio venereo possono parimente determinare una gonfiezza nella regione delle parotidi, e simulare una delle malattie delle quali ho già parlato: e siccome la cura non deve essere la stessa, è cosa importante non commettere errori su questo articolo.

Quando l' ingorgo delle parotidi succede alla ripercussione della tigna bisogna richiamare questa eruzione sulla pelle capillata; e questo è il mezzo più diretto per ottenere che sparisca la malattia che le è succeduta. Se i topici rubefacienti che si applicano sulla testa non corri-

spondono all' intenzione colla quale se ne fà uso, bisogna stabilire un vessicante alla nuca, mantenerlo, e non lo chiudere in seguito se non lentamente. Se fosse causa dell' ingorgo la repercussione della rogna, si prescriveranno i bagni sulfurei, e lo zolfo preso internamente. Se questi rimedi non fossero sufficienti bisognerebbe sottoporre il malato a contrarre nuovamente la rogna; e questo è il mezzo più sicuro per dissipare la malattia a cui ha dato luogo la ripercussione di questo esantema. Quando l'affezione riconosce per causa la carie di uno o di più denti, bisogna subito cavarli, ammeno che la troppo grande tumefazione delle gengive e della gota non astringa a differire questa operazione fino a che sieno calmati questi sintomi inflammatori. Nei casi in cui la irritazione prodotta sulle gengive, da uno o più denti che ne comprimono il tessuto, determini la tumefazione di cui si tratta, vi si rimedia con una semplice incisione della membrana che copre la sommità dei denti e si oppone al loro spuntare. È cosa rara che il veleno venereo dia luogo all' ingorgo delle parotidi; pure se ciò accadesse si dovrebbe ricorrere alle preparazioni mercuriali. Ma si vede il più spesso che il mercurio produce la tumefazione di queste glandule nel tempo stesso che induce la salivazione. I rimedi rilassanti, e i vestiti caldi sono allora il miglior mezzo per combattere la tumefazione delle parotidi e lo scolo della saliva.

Prima di determinare ciò che è relativo all' ingorgo della glandula parotide dirò una parola d'una varietà di questa affezione, di cui non si conosce fin qui che un solo esempio, e questo è l' aumento contro natura o il semplice aumento di questa glandula, che senza essere alterata nella sua struttura diviene molto grossa e forma avanti all' orecchio un tumore considerabile. Tenon è quello che ha osservato questa specie di tumore, e che nel 1760 diede all'Accademia delle Scienze la storia di questa osservazione. » Un bambino di un anno aveva » sulla gota sinistra un tumore quasi grosso quanto il » pugno, e che si stendeva dall' orecchio fino all' angolo

„ delle labbra. Questo tumore che era per così dire cre-
„ sciuto dalla nascita del fanciullo e appoco appoco, era
„ molle, bianco, indolente, mobile e come composto
„ di granelli glandulosi: esso appariva inoltre sparso di
„ grossi vasi che formavano sulla pelle in qua e in là
„ delle reticelle in spirale o de'vortici rossastri „. Morto questo bambino, ma per una causa estranea a questo tumore, se ne fece la sezione del cadavere. Dopo aver tolti i tegumenti e separato il tumore dalle parti circonvicine, trovò che era formato dalla glandula parotide la quale uscita dai suoi limiti ordinari aveva acquistato un volume considerabile. Alcune grosse arterie, che venivano dalla carotidee e dalla massillare esterna, si riducevano a questa glandula e vi entravano per la sua parte inferiore. È probabile che la quantità di sangue che queste arterie portavano alla glandula avesse prodotto il suo prodigioso accrescimento. Se si fosse conosciuta la vera natura della malattia se ne sarebbero colla compressione potuti limitare i progressi.

Questa osservazione è idonea ad accrescere la circospezione dei pratici quando si tratta di pronunziare sulla natura de' tumori, e sul mezzo di liberarne i malati: si può giudicare quale sarebbe stato il successo di una operazione intrapresa per togliere questo tumore.

Dello scirro della glandula parotide.

La parotide, come tutte le altre parti del corpo, e soprattutto le sostanze glandulari, è soggetta ad ingorgi scirrosi. Ora lo scirro succede ad una tumefazione inflammatoria soprattutto quando si abbia avuta l' imprudenza di applicare de'repercuzienti: ora si forma in una maniera lenta, senza esser preceduto da verun segno d'infiammazione. Nell'uno e nell' altro caso il tumore è situato profondamente fra l'orecchio e la branca della mascella: esso è duro, renitente, immobile, indolente, senza ineguaglianze alla sua superficie e senza alterazione nel color della pelle. Qualche volta resta per lungo tempo nello stesso stato; e se fà progressi sono lenti, e appena

si distinguono. All' opposto in altri casi il suo volume aumenta rapidamente, e ben presto il malato vi soffre dello spasimo.

Il diagnostico dello scirro della parotide offre grandi difficoltà, e può imbarazzare i pratici i più istruiti. Spesso per questa malattia è stato preso l'ingorgo duro, renitente delle glandule linfatiche e del tessuto cellulare che cuoprono o sono intorno alla parotide; ed io potrei citare parecchi esempi di questo errore, ma mi limiterò al seguente. Una signorina di Bruselles di 17 anni aveva da lungo tempo dietro la branca della mascella un tumore grosso quasi quanto il pugno, duro, indolente e mobile. I medici e i chirurgi di Bruselles ai quali ella era ricorsa pensarono, alcuni che quello avesse sede nella parotide, altri che dipendesse dalla scirrosità delle glandule linfatiche e del tessuto cellulare. Consultato per iscritto risposi che mi era impossibile pronuziare sulla sua sede precisa, e sulla attitudine ad esser curato, senza vedere la malata. La signorina venne a Parigi. Sabatier ed io giudicammo che il tumore non interessava per niente la parotide, perchè godeva di una mobilità che non può aver la parotide divenuta scirrosa. Estirpai questo tumore in presenza di Sabatier, e la malata fu in poco tempo guarita. Il numero e grossezza dei vasi che furono tagliati, ma soprattutto la profondità considerabile alla quale fui obbligato di penetrare per portar via tutto il tumore, avrebbero potuto farci credere che fosse stata tolta via anco la parotide, se non avessimo distinta questa glandula nel fondo della ferita. Farò osservare che la pressione esercitata dal tumore sulla glandula parotide l'aveva singolarmente spinta dietro la branca della mascella, ed aveva molto diminuito il suo volume. È probabilissimo che simili tumori sieno stati sovente presi per scirri della parotide, ed estirpandoli si sarà creduto portar via la glandula salivare Il diagnostico di questa affezione è dunque molto difficile, soprattutto quando il tumore ha acquistato un volume considerabile, e che non si è avuto il comodo d' osservarlo nel suo principio.

Uno de' segni i più preziosi per distinguere questi tumori è la mobilità: quando ella esiste si può star sicuri che la malattia non ha la sua sede nella parotide. Infatti come concepire che una glandula, che nello stato naturale è intimamente unita alle parti circonvicine, possa esser mobile quando ella è affetta da scirro, malattia che aumenta considerabilmente le aderenze della parte malata con quelle che le sono vicine. È probabile che tutti i tumori che han sede su i lati della mascella, e che si sono trovati tanto mobili per intraprenderne l'estirpazione, abbiano avuta la loro sede nelle glandule linfatiche e nel tessuto cellulare, e non nella parotide. Quando in seguito dell'operazione non vi è stata se non una mediocre emorragia, come nell' osservazione riportate da Soucrampes (Journ. de Medic. t. 84) si ha ancora un motivo di più per credere che il male non occupava la glandula parotide.

La tumefazione scirrosa delle glandule linfatiche e del tessuto cellulare della regione parotide non è la sola malattia che possa simulare uno scirro della parotide. Questa glandula è suscettibile di una alterazione singolare, che Sabatier ha chiamata esuberanza, e che potrebbe anco esser presa per una affezione scirrosa. Questa malattia è stata osservata due volte da Sabatier, ma non ha fatto conoscere con tutte le particolarità che una sola di queste due osservazioni. Il tumore occupava la regione parotidea destra: esisteva da qualche tempo quando Sabatier vedde il malato che ne era affetto. « Il volume ne « era considerabile, si stendeva da una parte dopo il di « sotto dell' arco zigomatico, fino a cinque o sei centi- « metri sotto all' angolo della mascella; e dall' altra dal « lobo dell'orecchio, che ne rimaneva sollevato, fino al « al di là dell' orlo anteriore del muscolo massetere. « La sua forma era irregolare facendo più elevazione in « qualche luogo che in qualche altro, e pareva che si « alzasse cinque o sei centimetri sopra il livello della « faccia esterna della parotide, quando questa glandula « era nello stato sano. Il malato in età di più di sessanta

« anni, ma benissimo conservato, disse a Sabatier che
« il tumore aveva cominciato ad elevarsi da tre in quat-
« tro mesi: che i suoi progressi dopo essere stati len-
» tissimi nel primo tempo, erano divenuti rapidi, e che
» del resto non sentiva alcun dolore tanto maneggian-
» dolo quanto non lo toccando. Questo tumore pareva
» assai mobile, e portato sopra una specie di collo o
» ristringimento, che si osservava verso la base, lo che
» permetteva di rovesciarlo in tutti i sensi ».

Questo tumore aveva egli realmente la sua sede nella parotide? La sua mobilità, la specie di collo che portava alla sua base, e la facilità che aveva di rovesciarsi in tutti i sensi fanno credere di no. Di più il volume del tumore, il suo rapido aumento, l'esempio funesto d'una simile malattia che Sabatier aveva già osservato, e la buona costituzione del malato erano altrettante circostanze proprie a impegnare quel celebre chirurgo a fare l'estirpazione del tumore. Si determinò ad intraprenderla, ed ecco il modo con cui la fece. Incise i tegumenti dall'alto in basso, e dal davanti all'indietro; dissecò i lembi: scoperto bene il tumore lo traversò dall'avanti all'indietro con un lungo ago mezzanamente curvo, guarnito di un doppio cordoncino formato dalla riunione di più fili di refe incerato. I cordoni separati servirono a fare due legature, l'una in alto, l'altra in basso, abbracciando ciascuna la metà del tumore. La ferita fu medicata semplicemente, e poco dopo la guarigione fu radicale. Sabatier dà a questa malattia il nome di esuberanza della glandula parotide, perche il tumore che ella presentava era poco renitente, senza dolore, ed aveva qualche rassomiglianza colla tumefazione cronica che frequentemente sopravviene alle gavine.

Tali sono le principali affezioni che si potrebbero confondere collo scirro della parotide. Torniamo a questa malattia.

L'ingorgo scirroso della parotide non è ordinariamente seguito da accidenti tanto gravi, come potreb-

bero farlo credere la natura e la situazione del male. Anco in molti casi non produce altro che un poco d'incomodo ne' moti della mascella, ed una difformità proporzionata al volume e alla prominenza del tumore. Si è veduto un gran numero di persone, che con una enfiagione enorme nella parotide sono giunte ad una età molto avanzata. Pure lo scirro divenuto voluminosissimo può comprimere le vene giugulari, e produrre de' mali di testa, del delirio, dell'assopimento. Può ancora ulcerarsi e portare la morte.

Nella cura dello scirro della parotide si sono impiegati tutti i mezzi vantati contro le affezioni cancerose delle altre parti: all'esterno gli emollienti, i risolventi, i fondenti ec. Eistero preconizzò l'impiastro di diachilon con mercurio. Si è ottenuto un buono effetto da un topico di gomma ammoniaco rammollita nell' aceto scillitico: Manget pretende avere ottenuta la resoluzione di uno scirro della parotide, giunto ad un volume considerabilissimo, coprendolo d'un piumacciolo imbevuto di elisir volatile di sale ammoniaco saturato di differenti balsamici, e amministrando all'interno dei blandi purganti. Hevin ha ottenuto lo stesso successo in un caso simile con delle frizioni mercuriali di mezza dramma fatte ogni due giorni sullo stesso tumore. La salivazione procurata con questo mezzo ha prodotto in altri casi felici risultati. Agricola, Eistero e Junchero hanno vantato questo mezzo. Stahl parla d'un ingorgo della parotide che durava da tre anni, e che fu completamente guarito per mezzo della salivazione; Junchero ebbe lo stesso successo in un caso in cui il tumore esisteva da ventidue anni.

Se l'infiammazione s'impossessasse d'una parotide dura ed ingorgata, e che i resolutivi e i fondenti non l'avessero potuta guarire, bisognerebbe favorire la suppurazione per mezzo de' cataplasmi maturativi o degl'impiastri caldi, ma nell'istesso tempo badar bene di non lasciarsi imporre da un rossore violetto del punto più rilevato del tumore, precursore comune delle esulcera-

zioni cancerose, e che sarebbe esarcerbato dai maturativi. Se si forma un ascesso bisogna aprirlo col caustico; ma in tutti gli altri casi l'applicazione dei maturativi, e soprattutto quella dei caustici sulla parotide scirrosa avrebbe i più gravi inconvenienti. Eistero è stato testimone d'un avvenimento funesto prodotto dall'uso dei corrosivi.

Quanto a' rimedi interni ne è stato proposto un gran numero; ma la loro efficacia non è sempre proporzionata agli elogi che ne sono stati fatti. Tutti, eccettuato un piccolissimo numero, sono andati in disuso, e quelli pure che si usano tuttavia devono ispirare poca fiducia. I mercuriali, gli antimoniali sono usati da alcuni pratici, e possono in qualche caso particolare avere buoni effetti. L'estratto di cicuta preconizzato da Storck e da Ottman è sembrato che varie volte abbia prodotti felici resultati. Storck ha amministrato questo rimedio da principio alla dose di un grano, quindi di due grani mattina e sera, e in sei settimane ha ottenuta una completa guarigione. Ottman parla d'una ulcera d'cattiva natura che aveva alla parotide sinistra una ragazza di diciassette anni: fece prendere alla malata delle pillole di cicuta che procurarono un miglioramento distinto. La parotide distaccata eguagliava il volume di una noce; fu estirpata col più gran successo, e le pillole di cicuta terminarono la guarigione (1).

Per lo più lo scirro della parotide resiste a tutti i rimedi esterni ed interni de' quali abbiamo parlato. Se il tumore sussiste lungo tempo senza produrre altro male che l'incomodare i moti della mascella inferiore, si deve abbandonare a sè stesso. Se all'opposto prende un rapido aumento, e se per la compressione che eser-

---

(1) È probabile che in questo caso, come nella maggior parte di quelli ne quali si è creduto aver guarito coll'estratto di cicuta o con altri rimedi uno scirro della parotide, non si abbia avuto da fare che con un ingorgo delle glandule linfatiche vicine, prodotto da un vizio scrofoloso, o da qualche altra causa.

cita sulle vene iugulari esso dà luogo a gravi accidenti; o se nel tempo stesso che aumenta di volume, diviene la sede di gravi dolori e lancinanti, bisogna egli tentare l'estirpazione, o abbandonare il malato ad una morte certa, risultato inevitabile dei progressi della infezione cancerosa? Questa estirpazione, solo mezzo che offre qualche speranza di guarigione, presenta suenturatamente sì grandi difficoltà, che molti chirurghi prudenti non si sono arrischiati ad intraprenderla. La maggior difficoltà è di portar via interamente la parotide, senza aprire la carotide esterna che passa nella sostanza istessa di questa glandula, e nella sua parte la più profonda. Pure si sono trovati de' chirurghi tanto arditi da esporsi al rischio di una tale operazione; e tanto felici da eseguirla con successo. Ma i tumori che essi hanno estirpato erano eglino veramente la parotide scirrosa? Questo è ciò che non è di gran lunga dimostrato. Io penso, con Richter, che il silenzio di parecchi fra loro sulle parti che vi erano interessate deve fare presumere che spesso è stata creduto estirpar la parotide, mentre non si estirpavano che glandule linfatiche ingorgate. Questo è ciò che si può dire delle operazioni ei Roonhuysen, di Sculteto, di Kattschmit, di Goffredo Behr, di Palfino, di Verduin, di Gooch ec. Quanto a quelli che passano per avere realmente estirpata la glandula parotide, come Eistero, Seibold, Souscrampes, Oroh, Burgras, Hezel, Alix, le loro osservazioni esigono un esame più attento; e senza una analisi ragionata, ad una critica severa non si può acquistare la convinzione che questi chirurghi, credendo di estirpare la parotide, non hanno per lo più estirpato che un tumore scirroso sviluppatosi su questa glandula. L'abbassamento che presente allora la parotide ha dovuto favorire questo errore, facendo credere a quelli che operavano o vedevano operare che il vuoto che riscontravano dopo l'estirpazione del tumore era stato occupato dall'istessa parotide. Ci saremmo noi pure ingannati nel caso sopra riferito se non fossimo stati circo-

spetti per non cadere in questa illusione. Un' altra causa di errore è l' aspetto granulato che presentano qualche volta nella loro tessitura i tumori scirrosi sviluppati sulla parotide, aspetto assai simile a quello d' una glandula conglomerata, da imporre facilmente ad ogni uomo preoccupato. Comunque siasi, quando si estirpa un tumore scirroso situato sulla parotide, o che sembra essere la parotide istessa, nell' applicazione delle regole generali relative all' estirpazione dei tumori si deve portarvi tutta la circospezione che esige la presenza dei grossi vasi e de' nervi numerosi, e servirsi piuttosto dell' allacciatura che della compressione per fermare l' emorragia. Se il timore d' aprire l' arteria carotide esterna trattenesse il chirurgo dall' intraprendere l' ablazione totale del tumore, dovrebbe, come lo ha consigliato Chopart e Desault, cominciare dal portarne via una parte coll' istromento tagliente, e distruggere il rimanente appoco appoco col caustico? Io non la penso così; ma credo che, qualunque sia la prudenza di questo consiglio, è miglior partito il non tentare l'operazione. Gl' inconvenienti inevitabili all' uso dei caustici sono in questo caso sì evidenti che è inutile di trattenervici: e il timore di una emorragia, di cui sarebbe stato impossibile rendersi padrone, ha determinato Roonhuysen e Sabatier a comprendere in una doppia legatura la base del tumore dopo averlo isolato. Questo metodo non è migliore del primo: estirpare parzialmente un tumore scirroso è un aggiungere, senza veruna utilità, una operazione dolorosa ad una malattia gravissima; è un accelerare i progressi del male, aumentando l' intensità.

Delle fistole salivari.

Si distinguono due specie di fistole salivari della glandula parotide; quelle che provengono da una lesione della glandula stessa, e quelle che risultano dalla divisione del suo condotto escretore.

Le fistole della glandula parotide sono la conse-

guenza d'una ferita, di un ascesso essenziale, o d'un deposito critico di questa glandula. L'uscita della saliva è il segno patognomonico di qualunque fistola salivare. Si conosce che la fistola riconosce per origine la lesione della parotide, assicurandosi dello stato del condotto e de' suoi rapporti colla fistola, mediante l' introduzione d' uno specillo bottonato nel canale, per mezzo della situazione della fistola, e mediante la quantità di saliva che ella versa in un dato spazio di tempo. Così quando lo specillo introdotto nel condotto di Stenone dal suo orifizio naturale, e fatto penetrare tanto profondamente quanto è possibile, non fà riconoscere veruna lesione a questo condotto, la apertura interna non corrisponde punto al canale salivare, ma alla glandula; quando la quantità di saliva che ne esce è poco considerabile, non vi è più dubbio, la lesione e alla glandula, ed a qualcheduno dei piccoli condotti che da lei nascono, ed il canale di Stenone ne è esente.

Queste fistole presentano dalle varietà che sono relative al luogo che occupano, alla loro forma, alla loro grandezza. Esse dunque possono essere poste su tutti i punti della regione parotidea, ed anco ad una certa distanza dal corpo glandulare che somministra la materia dello scolo. Nelle memorie di chirurgia si legge l' osservazione di una fistola salivare, di cui l' orifizio esteriore era sotto e dietro l' orecchio. La forma di questo orifizio è variabilissima; qui si vede una grossa fungosità uscire dal suo centro, là una pellicola sottile attraverso la quale la saliva trasuda in gocciolette. La larghezza dell' orifizio fistoloso è ordinariamente poco considerabile, e qualche volta l' apertura è quasi impercettibile, nè si riconosce l' esistenza della fistola se non dallo sccolo della saliva.

Le fistole della glandula parotide sono state osservate dagli antichi, senza però che ne abbiamo conosciuta la natura. Galeno, A. Pareo, Fabbrizio Ildano, e Fabbrizio da Acqua-pendente ne hanno veduti degli

esempi, e gli hanno descitti con tanto dettaglio da non potersi sbagliare: sono stati anco condotti dall'analogia ad usare rimedi efficaci contro una malattia della quale non conoscevano il carattere.

I mezzi de' quali si fà uso con successo nella cura di queste fistole sono molto numerosi. Gli stitici, i caustici, la compressione e le iniezioni irritanti sono i principali.

Gli stitici, per agire efficacemente devono essere adoprati in iniezioni, oppure vi si deve unire la compressione.

L'azione de' caustici è più immediata. Un gran numero di osservazioni attestano i loro buoni effetti. Galeno ha guarita una fistola della parotide, sopraggiunta inseguito d'un ascesso eritico, mediante un impiastro cateretico. Pareo si è servito con buon esito dell'acqua forte; ha fatto uso della polvere di vetriolo usto nella cura di una fistola salivare, il cui orifizio situato presso la giuntura delle mascelle avrebbe appena dato ingresso alla testa d'uno spillo, e che versava molta linfa chiara quando il malato parlava o mangiava: questa fistola era la conseguenza d'una stoccata. Fabbrizio da Acqua-pendente ha osservate e descritte delle fistole salivari, e le ha guarite co' caustici. Fabbrizio Ildano parla d' uno studente di circa dodici anni, che ebbe la parotide prima ulcerata e poi fistolosa. Dopo parecchi rimedi infruttosi si ricorse a un caustico che fece sparire la fistola in sei settimane. Diemerbroeck ha usato due volte con successo il cauterio attuale. Non finirei mai se volessi citare tutti gli esempi conosciuti di fistole salivari guarite co' caustici. Aggiungerò solamente che ho cicatrizzato una fistola di questa specie, sopraggiunta in seguito di un colpo di sciabola, e che era stata curata col cauterio attuale, toccandola due o tre volte col nitrato d' argento.

La compressione ha per scopo di obliterare i piccoli condotti, e di rendere atrofica la porzione della glandula, la lesione della quale produce e mantiene la

fistola. Beaupré, Ledran, Ruffin e parecchi altri hanno impiegato questo mezzo con successo. Ho conosciuto un orivolaio che si è guarito d' un fistola salivare mediante una fasciatura compressiva presso appoco simile a quella di cui si trova la descrizione nel quinto volume in 4° delle Memorie dell' accademia di Chirurgia. Ho guarito, ma molto lentamente, tre malati collo stesso metodo; e di fresco ne ho curato un quarto, nel quale la guarigione è stata prontissima, perchè ha avuto il coraggio di sopportare una compressione molto forte per determinare una considerabile infiammazione. Perchè la compressione sia efficace bisogna non solo che alla sia forte e invariabile, ma che ancora agisca sul punto della glandula donde esce la saliva. Questo punto corrisponde qualche volta all'orifizio fistoloso, ed allora la compressione deve esercitarsi su questo orfizio. Altre volte ne è lontano, ed in questo caso deve portarsi la compressione snl punto nascosto della glandula. Si giunge a conoscere il luogo dove deve farsi la compressione, introducendo uno specillo nell' apertura esterna della fistola, e introducendolo con precauzione fino alla sede del male.

Le iniezioni irritanti sono in questo caso adoprate colla stessa veduta che nella cura radicale dell'idrocele, cioè si procura d'irritare le pareti del tragitto fistoloso, e gli orifizi dei piccoli condotti escretorii divisi, e di produrre il grado d' infiammazione necessario per determinare l'aderesione reciproca, e per conseguenza il richiudersi. Lovis è il primo che abbia immaginato di porre in uso questo mezzo, e se ne è servito due volte con successo. La prima volta si trattava d' una fistola salivare il cui orifizio esteriore era posto snll' angolo della mascella inferiore, e che era il seguito di una ferita nella quale erano stati lacerati i tegumenti della gota, e la glandula parotide. Lovis si assicurò dell'estensione della malattia coll' introdurre uno specillo, che penetrò fino all' orlo dell' arco zigomatico all' altezza del

condotto uditorio, lungo la branca della mascella inferiore. Siccome in un caso presso appoco simile questo celebre chirurgo si era felicemente servito della compressione, credè dover ricorrervi anco in questo, ma il malato non potè soffrirla. La profondità della fistola e la quantità di saliva che essa somministrava avevano convinto Lovis che una compressione meno incomoda e più metodica non poteva portare se non ad una guarigione molto lenta, difficile, e perciò ricorse alle iniezioni. Iniettò da principio un decotto di roselline nel vino rosso: tutta la glandula si tumefece. In capo a ventiquattro ore, nel qual tempo la saliva non colò più, uscì dall' orifizio fistoloso qualche goccia di materia marciosa molto densa, ma il malato avendo mossa la mascella sgorgò dalla fistola un liquido limpido. Lovis fece una seconda iniezione, e il risultato fu lo stesso. Prese allora il partito di fare l' iniezione collo spirito di vino, lo che eccito nel momento una molto viva sensazione, ed una tumefazione considerabile, fino a che durò la quale non uscì veruna materia. In capo a tre o quattro giorni scolò un poco di materia purulenta, e di nuovo cominciò a uscire della saliva, ma in minor quantità. Luvis fece successivamente sei iniezioni coll' alcoole. Ogni volta la saliva era meno abbondante: dopo la settima lo scolo cessò e il malato restò guarito.

Qualche volta l' orifizio esterno della fistola si cicatrizza prima che i condotti salivari che mantenevano la malattia sieno obliterati; e allora la saliva ora si accumula fra il luogo ove i condotti sono lacerati e la pellicola che forma la cicatrice, e ne risulta una tumefazione edematosa della parotide; ora il liquido esala sotto la forma di rugiada attraverso i pori della pelle che ricopre la glandula, come la ha osservato Bassuel secondo quello che riferisce Hevin.

Delle fistole del condotto di Stenone.

Le fistole salivari del condotto di Stenone risultano dalla sua sezione o totale o parziale. La sezione di questo condotto è prodotta per lo più da un istromento tagliente; qualche volta è l' effetto d' un ingorgo scrofolare delle gote che è finito per suppurazione, altre volte essa ha per causa la carie di uno o di più denti, la presenza d' un corpo estraneo. M. Dubois professore alla Facoltà di Medicina di Parigi ha veduto un tumore inflammatorio della gota aprirsi, ulcerarsi per tre volte successive, e alla terza volta uscire della saliva dalla piccola ulcera. Uno specillo introdotto nel canale di Stenone penetrò facilmente fino all' orifizio fistoloso, ove incontrò della resistenza. Questa resistenza dipendeva da una piccola lisca di pesce che ostruiva il canale. M. Dubois la estrasse, e la fistola rimase tosto guarita. Nuck e Ferrand hanno vedute delle fistole salivari del condotto di Stenone sopraggiungere in conseguenza di un ascesso prodotto dalla carie de' denti.

Trattando delle fistole delle parotidi, abbiamo indicate le circostanze che fanno giudicare che una fistola salivare dipende da una lesione del canale parotideo, e non dalla glandula parotide. In quel caso, come in questo, l' orifizio varia e nella sua forma e nella sua larghezza, ma meno nella sua situazione. Quando l' orifizio interno della fistola è più basso dell' orifizio esterno, la saliva si riunisce, forma un tumore che si vuota comprimendolo, ma che non tarda a ricomparire. Quando al contrario l' orifizio interno è più alto, o quando si trova solo alla stessa altezza dell' orifizio esterno, non vi esiste tumore, e la saliva scorre liberamente fuori.

Fra i mezzi proposti per guarire le fistole del condotto salivare i principali sono la compressione, la deostruzione, la cauterizzazione e la formazione d' un condotto artificiale.

La compressione può essere praticata fra la fistola e la glandula parotide, o sulla glandula stessa. Nel

primo caso si ha in mira di sospendere solamente per un tempo il passaggio della saliva per il canale, e di facilitare la riunione degli orli della fistola. Questo modo di compressione è stato impiegato con successo da Maisonneuve. Questo chirurgo dovendo curare una fistola del canale salivare prodotta da un colpo di sciabola sulla gota, immaginò di praticare la compressione, non sulla apertura della fistola, come qualchedun altro lo avrebbe tentato senza successo, ma sulla parte sana del canale fra la sua apertura accidentale e la glandula. Ciò era, come fà osservare Louis (*Mem. dell' Accad. di Chirurg. tom.* 9. *in* 12. *pag.* 75.), come un argine che opponeva al corso della saliva per disseccarne la sorgente nella ferita, affinchè essendo così a secco si potesse cicatrizzare solidamente il piccol foro nel quale usciva la saliva. Continuò questa compressione per venti giorni che giudicò necessari alla consolidazione delle cicatrice. Questo metodo ha l'inconveniente di produrre una tumefazione considerabile della glandula parotide, mercè l'accumulazione della saliva ne' suoi condotti; ma si arriva a diminuirne i cattivi effetti coi topici ammollienti. È appena necessario dire che questo metodo non conviene se non nel caso in cui il canale sia libero, e che bisogna sempre assicurarsene mediante uno specillo prima d'intraprendere la cura della fistola colla compressione.

Questa compressione, quando si esercita sulla glandula stessa, ha per scopo di rendere atrofico quest'organo, di distruggere le sue funzioni, e soprattutto d'impedire la secrezione della saliva. Desault è il primo, e forse il solo, che abbia impiegata la compressione con questo oggetto. È giunto in tal maniera a guarire nell'epoca di un mese una fistola salivare del condotto stenoniano, che per trenta giorni aveva resistito ad una compressione esercitata fra l'orifizio fistoloso e la glandula. Ma Desault non si è egli fatta illusione sulla maniera di agire del mezzo di cui si è servito? Non avrebbe egli attribuito all'abbassamento della glandula e alla obliterazione dei suoi condotti escretorii una guarigione

che sarà probabilmente dipenduta dalla sospensione della secrezione salivare per un tempo bastante a consolidare il tragitto fistoloso? Non si può ammettere che la compressione raccomandata da Desault possa essere stata tanto forte e tanto invariabile, da produrre l'effetto che questo celebre chirurgo le ha attribuito. L'abbassamento o la depressione, che si osservava tre mesi dopo la guarigione della fistola nel luogo che occupa la parotide, non mi pare che provi bastantemente che le funzioni di questa glandula fossero abolite e soppresse le sue secrezioni. Io non saprei credere a questa atrofia dell'organo, se non in quanto ella fosse costatata dall'apertura del cadavere. L'osservazione di Desault è d'altronde ben lungi dal riunire tutte le circostanze proprie per stabilire la sua opinione, e per dimostrare la spiegazione che ne dà. Del rimanente qualunque sia il luogo in cui si eserciti la compressione per guarire una fistola salivare del condotto di Stenone, si può servirsi delle fasciature meccaniche descritte e disegnate nelle Memorie di Chirurgia Tom. XIV, e XV, o coprire la glandula parotide di compresse graduate e mantenute al posto con una fascia.

La disostruzione del canale di Stenone per la guarigione delle fistole salivari non è stata immaginata se non verso la metà dell'ultimo secolo. Louis e Mirand si sono disputati l'onore di avere inventato questo metodo: ma Louis è il primo che lo ha fatto conoscere. Essendo stato consultato per una persona che perdeva una parte della sua saliva da una apertura fistolosa ad una delle gote, fu di parere che, in vece di aprire una strada artificiale a questo liquido, si cercasse a ristabilire quella che la natura gli aveva destinata. Non ebbe notizia veruna di quella persona nè seppe se il suo consiglio fosse adottato. Ma trovò ben presto l'occasione di adoprare egli stesso questo metodo curativo. Cominciò dall'assicurarsi della disposizione del condotto salivare mediante uno specillo che vi penetrò facilmente. Qualche giorno dopo introdusse nel canale, con un altro

specillo con cruna, un filo al quale era attaccato un fascetto composto di più fili di seta. Dal primo giorno la saliva passò quasi in totalità dalla bocca. Una flussione che venne nell'undecimo giorno obbligò a sopprimere il setone: la saliva smesse di colare sulla gota, e fin d'allora la guarigione fu completa. Quando Louis diede parte all'Accademia di questa osservazione, Morand dichiarò che lo stesso mezzo eragli riuscito parecchie volte e citò un fatto per appoggiare questa asserzione. Ma questo fatto era ignoto a Louis quando lesse la sua memoria all'Accademia, e siccome le invenzioni appartengono più a quelli che le mostrano che a quelli che le trovano, questa appartiene a Louis. Vi vuole del buono però perchè questo metodo riesca sempre; accade spesso che si diminuisce soltanto la materia che scola all'esterno; e qualche volta succede che la guarigione non è durevole.

Del rimanente ecco in qual modo bisogna usare questo metodo, o che il diametro interno del canale permetta d'introdurre facilmente lo specillo, o che questa introduzione presenti qualche difficoltà.

Nel primo caso si rovescia un poco la gota infuori; si introduce nel condotto di Stenone uno specillo d'Anel, che si procura di fare riuscire dall'apertura fistolosa. Quando comparisce al di fuori si prende, e si tira via egualmente che il filo che antecedentemente vi si è attaccato. Si annodano sulla gota i due capi di questo filo. Il giorno dopo si fissa all'estremità del filo, che corrisponde all'orifizio accidentale, un piccol setone composto di due soli fili di seta, e si fà passar nel condotto tirando l'altra estremità del filo. Ogni giorno si rinnuova il setone, e se ne aumenta la grossezza a fine di dilatare gradatamente il canale ristretto. Se ne continua l'uso fino a che siasi ottenuto l'effetto desiderato. Si potrebbe, come lo suggerisce Louis, (Mem. dell'Accad. di Chirurg. tom. 9 pag. 86, in 12.°) conservare il setone fino a che la cicatrice è vicina al medesimo. Allora, dopo averla tagliata a livello della gota, si ritirerebbe di poche linee

il capo che è in bocca; mantenendo il setone nel canale si assicurerebbe la filtrazione della saliva, mentre l'ulcera esterna terminerebbe di consolidarsi.

Se l'introduzione dello specillo nella apertura naturale dello Stenone presentasse molta difficoltà, bisognerebbe tentare di farlo passare dall'apertura fistolosa, che, se fosse necessario, potrebbe essere ingrandita con una leggera applicazione di caustico. Il gomito che fà il condotto salivare al luogo in cui traversa il muscolo buccinatore per aprirsi nella bocca, trattiene a dire il vero la punta smussata dello specillo, ma si giunge facilmente a fare sparire questo gomito portando, come dice Louis, l'indice e il medio nella bocca, e sollevando la gota su i lati dell'estremità dello specillo, in modo da dare alle parti una più favorevole direzione. Un'altra precauzione è necessaria quando si vuole introdurre un setone un poco grosso nel condotto salivale. Questo condotto nel suo stato naturale presenta una lassità, resa necessaria dai moti e dalla estensibilità delle gote: questa lassità permette alle pareti del canale di ripiegarsi su loro stesse, quando sopra quelle si esercita una trazione un poco forte col setone. Louis avendo introdotta una parte del fascetto nel canale trovò della resistenza e ne scoprì in seguito la causa; e vi rimediò ponendo due dita sulla gota nella direzione del canale, uno al di sopra, l'altro al disotto affine di stenderlo, tirando sulla gota dalla commettitura delle labbra verso l'orecchie.

La cauterizzazione può convenire contro alcune fistole salivari in sequela di particolari indicazioni. Quando il canale è ostrutto, e il canale fistoloso non offre nè callosità nè fungosità, che si oppongano alla riunione degli orli dell'apertura, i caustici sono non solo inutili, ma possono aggravare il male ostinandosi a porli in uso. Nel caso solo in cui l'orifizio della fistola sia fungoso e calloso, ed in cui il canale salivare è libero, può essere utile l'uso dei caustici. Questa distinzione non essendo potuta farsi se non dopo moltiplici tentativi, deve far poca maraviglia che fra i chirurghi che hanno

praticato i caustici, gli uni, come Diemerbroeck e Nunck, ne abbiano ottenuti distinti successi, mentre che altri, come Roonhuysen e Monro, non hanno osservato che cattivi effetti. Louis colpito dalla differenza dei resultati aveva procurato di conciliare le opinioni opposte, ammettendo che i caustici avevano utilmente agito ne' casi ne' quali la fistola apparteneva alla stessa glandula parotide, e che erano stati senza effetto in tutti quelli, ne' quali la fistola riconosceva l' origine da una lesione nel condotto salivare. Ma lo stesso Lovis fu obbligato a disdirirsi di questa congettura qualche tempo dopo, avendo veduto colla semplice applicazione della pietra infernale guarire una fistola del condotto di Stenone che esisteva da diciannove anni. Nuovi fatti raccolti da Ferrand, de Beauné, da Desormeaux di Tours, da Jourdain, dal professore Lallement e da altri pratici, han fatto conoscere l' efficacia dei caustici nella cura delle fistole salivari del condotto stenoniano, quando la malattia presenta le condizioni che autorizzano l'uso di questo mezzo.

Tutti i caustici non devono essere adoprati indifferentemente; bisogna preferire quelli che formano un escara secca e limitata. Lovis pensa che la pietra infernale, oppure una pasta composta col muriato di mercurio corrosivo, con un poca di crosta di pane polverizzata e con un poca d' acqua di malva può bastare. Vuole che si porti la più gran circospezione nell' uso de' caustici, l'azione dei quali deve limitarsi all' apertura fistolosa. L' escara solida che formano questi caustici fà corpo colla pelle: essa ha bisogno d' essere sostenuta da un mezzo meccanico, ad oggetto di dare alla natura il tempo di terminare la cicatrizzazione delle parti sottoposte avanti che cada l' escara.

È molto spesso necessario di ritornare una o più volte a cauterizzare per rendere completa la guarigione. Pure se al momento in cui l' escara si stacca, la piaga ha diminuito di larghezza, e gli orli sonosi fra loro ravvicinati, si può per qualche giorno tentare la com-

pressione sul condotto fra la glandula e la fistola. Un brevissimo tempo potrebbe allore bastare per portare una cicatrice solida, senza che fosse necessario di ricorrere al caustico una seconda volta, la indicazione del quale potrebbe forse essere non indicata, per non essere più le stesse le condizioni della malattia.

Un chirurgo francese per nome de Roi ha concepita l'idea di formare un condotto artificiale, forando la gota, per guarire le fistole salivari del condotto di Stenone. Questo metodo conviene quando gli altri mezzi sono stati inefficaci, quando il condotto naturale è obliterato o ristretto notabilmente, o quando è stato onninamente disfrutto da una bruciatura, dalla gangrena, da una ferita con perdita di sostanza. Saviard è quello che ci ha fatto conoscere il metodo impiegato da de Roy. La gota fu traforata direttamente dal esterno all'interno con un sottile e lungo ferro infuocato: il cauterio attuale fu preferito all'istromento tagliente per produrre una perdita di sostanza » che dava luogo a questo nuovo emissario di perpetuarsi ».

De Roy ottenne da questa operazione l'esito che ne aspettava. La saliva non tardò a colare nella bocca per mezzo di questo condotto, e cessò di cadere sulla gota. Una operazione presso appoco simile è stata praticata da Duphoenix coll'esito istesso. In vece di usare il cauterio attuale come de Roy si servì d'un bisturino per forare la gota, e lo diresse da alto in basso e dall'indietro al davanti; collocò nella metà interna della piaga una cannula destinata a prevenire la sua riunione all'esterno, ed a portare la saliva in bocca fintanto che la piaga esterna fosse rimarginata. Gli orli di questa ultima furono messi in contatto mercè molti punti di sutura, che nel tempo stesso servirono a tenere ferma la cannula, la quale fu tolta via il sedicesimo giorno. La fistola non ricomparve più. Alessandro Monro per formare un nuovo condotto alla saliva si servì di un mezzo diverso: alzò e distese la gota con due dita introdotte nella bocca; coll'altra mano prese una grossa lesina da calzolaio, pose la punta sull'orifizio naturale del ca-

nale di Stenone, e traforò la gota obliquamente, seguitando presso a poco la conosciuta direzione di questo canale: introdusse nella piaga un cordone di seta, e ne legò i due capi lentamente verso la commettitura delle labbra. Questo setone fu mutato ad ogni medicatura; e quando il nuovo canale fu bene stabilito, lo che si riconobbe alla facilità colla quale si faceva andare avanti e indietro il setone, questo fu soppresso. La piaga esterna guarì in brevissimo tempo. Cheselden, Bell, e Siebold han consigliata la stessa operazione, con leggeri cangiamenti nella forma dell' istromento. Desault si è servito d' un troacarte da idrocele per guarire una fistola, nella quale il condotto di Stenone era così ristretto che non poteva penetrarvi il più sottile specillo. Erasi tentato di abbassare la glandula colla compressione, ma l' apparecchio aveva causati dolori sì vivi, che bisognò rinunziarvi. Dopo aver forata la gota col troacarte, Desault si servì della cannula di questo istromento per passare un filo nell' interno della bocca; mediante questo filo portò nell'apertura una faldella di fila che fu tirata dall'interno all' esterno fino in vicinanza dell' orlo esterno della ferita. Il filo fu fermato sulla gota con un impiastro agglutinativo. Fu coperta la piccola apertura con poche fila e con alcune compresse inzuppate nell' acqua vegetominerale. Si ebbe cura di cangiare ogni mattina il setone ingrossandolo sempre più, colla cautela di non lo condurre mai fra gli orli della piaga esterna, che non era traversata se non dal filo e che era essa pure coperta d' un unguento agglutinativo per impedire che la saliva ne sgorgasse. Il quarantesimo quarto giorno fu soppresso il setone, fu lasciato il filo fino al cinquantesimo, epoca alla quale fu tolto via, colla precauzione di cauterizzare la piccola apertura esterna rimastavi, per dargli passaggio. Essa fu ben presto rimarginata, e tre mesi dopo l' operazione il malato partì da Parigi benissimo guarito.

M. Deguise ha partecipato alla facoltà di medicina un metodo particolare che ha praticato con successo nella

cura delle fistole del condotto stenoniano. Questo metodo consiste nello stabilire una doppia strada artificiale alla saliva perchè cada nella bocca. M. Deguise è stato condotto ad immaginare questa operazione in un caso, in cui erano stati per un gran numero di volte impiegati inutilmente gli altri mezzi di guarigione. Si trattava di una giovinetta di quindici anni affetta dal quinto anno della sua vita da una fistola salivare del condotto di Stenone: questa fistola era la conseguenza di una ferita fatta alla gota da una cozzata di una vacca. Due chirurghi istruiti erano poco riusciti l'uno dopo l'altro nella cura di questa fistola, adoprando successivamente la perforazione della gota, il setone, la compressione e i caustici. All' età di quindici anni la malata fu condotta a Parigi, ove per consiglio di M. Pelletan il Sig. Deguise tentò de mezzi analoghi, ma talmente modificati che sembrava promettessero un miglior risultato. Fu la gota traforata anco un' altra volta con un troacarte, ed una seconda volta col cauterio attuale; si fece uso del setone, si tornò a quello dei caustici, ed appena si potè ottenere una apparanza di successo che non indugiò molto a svanire. Pure la malata che desiderava ardentemente di guarire sollecitava ella stessa nuovi tentativi, per quanto essere potessero dolorosi. M. Deguise immaginò allora di forare la gota in due luoghi, e di passare in questa doppia apertura un filo di piombo ricurvo, di cui la parte media e convessa posta nel condotto naturale della saliva corrispondeva al luogo stesso dell' apertura fistolosa. Eseguì questa prima parte dell'operazione mediante un piccolo troacarte portato nell' orifizio fistoloso e spinto nella bocca, traversando la grossezza della gota dall'avanti all' indietro, poi dal didietro al davanti. La cannula servì a condurre nella bocca il filo di piombo, l' estremità del quale furono ripiegate su loro stesse per impedire che si smovesse. Fu necessario di riunire in seguito gli orli dell' apertura esterna con una sutura incrociata. In capo a qualche giorno la cicatrice di questo punto fu terminata, e la saliva co-

mincio a colare dai due canali artificiali. Il piombo fu ritirato con precauzione, e la guarigione, fino a quel punto sì imperfetta e si poco durevole, non lasciò nulla da desiderare. Nel suo rapporto su questa osservazione M. Percy consiglia di portare a questo metodo operatorio una impostante modificazione. Di due canali artificiali che pratica M. Deguise uno ha la direzione naturale del condotto salivare, e l'altro è diretto in un senso opposto al corso naturale della saliva. Risulta da questa disposizione che il primo deve essere molto utile alla guarigione, mentre l'utilità del secondo rimane almeno problematica. Pure questo ha un vantaggio che non si può contestare, ed è quello di fermare il filo di piombo senza che resti un corpo straniero nell'orifizio fistoloso, la di cui cicatrizzazione è si importante. M. Percy ha immaginato un mezzo di conservare questo vantaggio senza che sià necessario di forare la gota all'avanti al indietro, ed ecco come propone di operare: » si farebbe primieramente entrare per l'apertura fistulosa una certa lunghezza di filo di piombo nella porzione del canale che riposa sul muscolo massetere, » mentre l'altra estremità passando sotto l'orifizio fistoloso traverserebbe la gota per l'unica apertura artificiale, e sarebbe ripiegata indentro nella bocca, dove » una mediocre compressione esterna, serrandola fra la » membrana boccale e i denti, basterebbe per renderla » invariabile. Questo mezzo, aggiunge M. Percy, mi » è riuscito parecchie volte, e non ho avuto bisogno » di ricorrere ai caustici, nè alla sutura incrociata. Alcune foglie d'oro applicate sull'orifizio fistoloso l'avevano chiuso sì esattamente che la saliva aveva subito » cessato di passare, e che non vi bisognarono se non » pochi giorni per cicatrizzarla solidamente. »

Della ostruzione e del ristringimento del condotto dello Stenone.

Il condotto salivare della glandula parotide può essere chiuso da una materia indurita, da un corpo estraneo che vi s' insinua, da un calcolo che vi si forma; ed un tumore posto sul suo tragitto può produrre lo stesso effetto. In tutti questi casi la saliva continuamente secretata nel tessuto glanduloso non può colare liberamente nella bocca; ne risulta una distensione ordinariamente edematosa della parotide, e della porzione del condotto di Stenone compresa fra la glandula e l'ostacolo che incomoda o impedisce il corso della saliva: qualche volta la distensione del condotto è talmente considerabile che forma un tumore voluminoso, bislungo, indolente, circoscritto, e che continua a fare progressi fin tanto che la causa che produce la retensione parziale o completa della saliva non sia distrutta: in alcuni casi la distensione diviene enorme.

Non bisogna dirigere la cura contro il tumore ma bensì contro la causa che lo produce. Quando un corpo estraneo introdotto nel canale di Stenone, o una concrezione formata spontaneamente produce la sua ostruzione, bisogna procedere alla sua estrazione dall'interno della bocca a fine di evitare la formazione d' una fistola salivare. Se un tumore posto sulla gota premesse le pareti del condotto e si opponesse al corso della saliva, bisognere toglierlo via, ammeno che qualche circostanza non ne rendesse pericolosa o impossibile la sua estirpazione. In questo caso, e in tutti quelli ne' quali la causa che produce l' ostruzione del canale non può essere combattuta o anco conosciuta, sì rimedia ai fenomeni che ne risultano aprendo il tumore salivare dalla bocca, e determinando una fistola interna fra l' ostacolo e la glandula. Così si sostituisce all' orifizio naturale del condotto un orifizio artificiale che adempie lo stesso oggetto.

ARTICOLO IV.

Malattie della glandula massillare e del suo condotto escretore.

Le ferite, gl'ingorghi, l'infiammazione e la maggior parte delle malattie alle quali sono sottoposti gli altri organi possono attaccare le glandule massillari.

— Siccome la glandula massillare è collocata sulla faccia interna del corpo e della branca della mascella inferiore, e perciò è immune dall'azione dei corpi che possono ferirla, è estremamente raro che sia offesa da una ferita. Ma è difficile che ella non resti più, o meno vulnerata nella estirpazione dei tumori scirrosi che si sviluppano nelle glandule linfatiche dalle quali è circondata. Uno non si accorge ordinariamente di questa lesione se non quando la ferita che risulta da questa operazione è già molto avanzata nella guarigione. Allora la saliva che sgorga dai piccoli condotti aperti sulla superficie della piaga si mescola al pus, lo rende sieroso, e nell' intervallo fra una medicatura e l'altra le pezze dell'apparecchio sono più o meno bagnate, secondo che il malato ha masticato o parlato per un maggiore o minore intervallo di tempo. Si fà cessare questo scolo esercitando una compressione molto forte, e tale da dar luogo alle obliterazione dei condotti aperti: si assicura l'effetto di questa compressione nutrendo il malato di alimenti che esigono poca masticazione e raccomandandogli il silenzio; se la piaga guarisce senza che i condotti escretori divisi sieno obliterati, si vede la saliva trasudare a traverso la cicatrice nel tempo della masticazione. Io ho fatto cessare un tal trasudamento mercè d'una lunga compressione.

— Quando la glandula massillare s'ingorga e s'infiamma essa è dolorosa, solleva la membrana interna della bocca all'indentro, e gl'integumenti all'esterno; ma questa malattia è estremamente rara; e spesso si

prende per l'ingorgo inflammatorio di questa glandula quello dei gangli linfatici che a lei sono vicini. Del rimanente, qualunque sia la sede di questo ingorgo si combatte coi cataplasmi ammollienti e anodini.

— La tumefazione della glandula massillare per il trattenimento della saliva ne' piccoli condotti, che percorrono la sua sostanza e si riuniscono per formare il suo condotto escretore, è una affezione molto più comune di quella di cui abbiam parlato. Questa retensione è prodotta dal ristringimento o obliterazione completa del condotto la saliva non potendo sgorgare liberamente nella bocca, rifluisce verso la glandula. Un tumore presso il condotto di Warthon, l'ingorgo delle pareti di questo condotto, una concrezione pietrosa trattenuta al suo orifizio o in un punto qualunque della sua lunghezza sono le cause le più comuni della ritensione della saliva nella glandula massillare, e dell' ingorgo di questa glandula, che forma allora un tumore sotto e avanti l'angolo della mascella. Questo tumore è circoscritto, doloroso soprattutto al tatto, ma senza cangiamento di colore alla pelle. Questo diminuisce di volume e perde della sua sensibilità mercè l'applicazione de' cataplasmi emmollienti, e soprattutto mercè lo scolo della saliva nella bocca; ma quando il malato parla per qualche tempo, o mastica degli alimenti un poco duri, aumentano e la tumefazione e il dolore. Io ho veduto un esempio della tumefazione della glandula massillare prodotta dall'ingorgo delle pareti del condotto di Warthon. La glandula si gonfiava e si abbassava alternativamente secondo che la saliva o era trattenuta o scolava nella bocca. Premendo il tumore, tuttavolta che il dolore lo permettesse, si faceva vedere la saliva nella bocca, e il volume della glandula diminuiva. Questo stato si mantenne per più mesi: raccomandai al malato di tenere spesso dell' acqua di malva in bocca: l'ingorgo delle pareti del condotto si dissipò; la saliva riprese il suo corso, e la glandula cessò di tumefarsi. Sabatier nella sua medicina operatoria riporta l' esempio di una tumefazione della

glandula massillare prodotta da una correzione lapidea trattenuta nel condotto di Warthon. » Un uomo nel » vigore dell' età sentì un dolor vivo alla glandula massillare sinistra giocando di spada nel tempo che mandava un grido, familiare a coloro che si esercitano » nella scherma. Questo dolore fu seguito da una tumefazione inflammatoria che non fu possibile di dissipare interamente coll' uso dei mezzi ordinari. La glandula rimase grossa, dura e di una mediocre sensibilità. Poco dopo aumentò di volume e divenne molto » dolorosa. Alcune persone consultate furono di parere » di attaccarla coi risolventi applicati all' esterno ed » amministrati internamente, ed un altro consigliò il » cauterio. Quest' ultimo applicò un pezzetto di potassa » concreta sulla glandula, la fece suppurare per lungo » tempo, e credè guarito il malato: pure il suo incomodo era lo stesso. Non poteva parlare per un certo » tempo, tirar di scherma, masticare gli alimenti un » poco duri, senza che si riaffacciasse il dolore e la tumefazione. Allora si accorse d' un imbarazzo sotto la » lingua presso il ligamento inferiore di quest' organo, » e portando il dito sul luogo ove quest' imbarazzo si » faceva sentire, riconobbe che vi era qualche cosa di » duro. Fui pregato di dargli il mio parere, e dopo aver » sentita la storia di quanto era accaduto, ed avere esaminato il di sotto della lingua, riconobbi attraverso » la grossezza delle parti che all' estremità del condotto » di Warthon eravi un corpo lapideo che lo riempieva. » Con una incisione diedi esito a questo corpo, la cui » figura era quella di un granello d' orzo di un volume » un poco maggiore. Egli era quello che riteneva la » saliva, e che costringendola a rifluire indietro, aveva » causati gl' incomodi de' quali si lamentava il malato da » tanto tempo: così questi incomodi ben presto si disparono. Ma essendo ritornati qualche tempo dopo si » riconobbe la presenza d' una nuova pietra, che fu » levata con una incisione, e dopo questo tempo il malato non ha più sofferto altro ». Ho veduto poco fà

un caso totalmente analogo. Ho fatto cessare la tumefazione alla quale era soggetta la glandula togliendo via una concrezione lapidea, bislunga, una estremità della quale usciva un poco fuori dell' orifizio del condotto del Warthon.

— Gli autori parlano dell' ingorgo scirroso della glandula massillare, ed alcuni anzi dicono di averne fatta l'estirpazione con successo. Ma è dubbio che questo malattia abbia mai esistito. Verisimilmente sarà stato preso per scirro della glandula massillare un tumore scirroso che aveva la sua sede ne' gangli linfatici che le sono vicini. Io ho estirpati parecchi tumori di questa specie, e mi sono convinto che la glandula massillare rimaneva al di sotto di quelli, che era loro aderente, e che bisognava avere una grande attenzione per non la offendere. Del resto se questa glandula fosse scirrosa e che tendesse a far de' progressi o a prendere un cattivo carattere se ne potrebbe fare l'estirpazione. Veramente la sezione dell'arteria labiale sarebbe inevitabile in questa operazione, ma sarebbe facile il farne l' allacciatura.

Della ranula.

Si chiama con questo nome un tnmore che si forma in bocca sotto la lingua e presso il suo ligamento.

La natura di questa malattia è stato lungo tempo ignorata. A. Pareo credeva che fosse formata da una materia fredda, umida e viscosa che dal cevello cadeva sulla lingua. Fabbrizio da Acquapendente e Dionis la riferivano ai tumori cistici. Munnicks è il primo che ne abbia bene conosciuta la sua natura, attribuendolo ad un ammasso di saliva nel condotto destinato a trasmettere questo liquido nella bocca.

Fra gli autori che han riconosciuto nella ranula un tumore formato da una congestione di saliva, gli uni han creduto che l' ispissamento di questo liquido era la prima causa di questa malattia; altri han pensato che l' ispissamento ne fosse una conseguenza, e che la causa prima

della malattia era una disposizione viziata de' solidi, una obliterazione del canale escretore. Louis che ha abbracciata questa opinione fà osservare che l'ispissamento della saliva nella ranula è sempre proporzionato al suo soggiorno nel tumore; che non preesiste alle malattie, ma che all'opposto ne è l'effetto. Quindi subito che si ristabilisce il corso della saliva, disostruendo il condotto o determinando una nuova apertura, il male sparisce, sebbene non si usi alcun mezzo per rendere meno spessa la saliva. Ora se la condensazione di questo umore fosse la causa della malattia, questa non tarderebbe a ricomparire, e non cesserebbe che momentaneamente per la puntura del tumore. L'obliterazione dell'orifizio del condotto escretore delle glandule massillare è dunque la vera causa della ranula. Questa obliterazione è prodotta ora da un tumore o da un'ulcera, ora dalla materia biancastra d'un'afta situata su questo orifizio, altre volte infine da un calcolo salivare. Allora la saliva non potendo più colare nella bocca si accumula nel canale, e ne distende le pareti.

Quando la ranula è recente la saliva che essa contiene somiglia perfettamente pel suo colore e per la sua consistenza alla chiara d'uovo. Poco dopo il suo colore diviene torbido, la sua viscosità aumenta e si formano delle concrezioni arenacee, ed anco una specie di pietre molli e friabili. Finalmente quando la ranula è giunta ad un volume eccessivo è possibile che le sue pareti suppurino, e che la marcia che esalano mescolata all'umor viscoso che racchiudono dia a questo un colore biancastro.

Il canale di Warthon è dunque quello che forma la sacca nella quale è contenuto l'umore della ranula. Questa sacca da principio sottile, prende della grossezza, della consistenza, e diventa qualche volta dura e come scirrosa a misura che progredisce il tumore. Le pareti delle cisti, ricoperte dalla membrana interna della bocca, non gli sono unite se non mediante un tessuto cellulare snervato, e queste due parti scorrono fa-

cilmente l' una sull' altra. Questa circostanza deve essere presa in considerazione nell' operazione necessaria per guarire questa malattia.

La ranula si presenta sotto la forma di un tumore in qualche modo trasparente, molle e con fluttuazione, o quasi interamente duro e fisso. Fino a che è poco voluminoso cagiona pochissimo incomodo. Ma a misura che cresce incomoda la masticazione e soprattutto la pronunzia; cosicchè il malato, non manda che suoni male articolati, che molto male a proposito si sono paragonati al gracidare delle rare; lo che ha fatto dare a questa malattia il nome che porta. Quando il tumore è trascurato o non conosciuto acquista qualche volta un volume enorme, ed occupa una gran parte della bocca: esso rispinge la lingua in alto e indietro, e la pressione che esercita su quest' organo e sulla altre parti vicine rende difficilissima, ed impedisce anco la masticazione, la pronunzia, la deglutizione de' solidi, e qualche volta la respirazione: gl' incisivi e i canini di ambedue le mascelle sono spinti in avanti, rovesciati verso i labbri che esulcerano in alcuni casi: altre volte s'internano nel tumore e vi formano una cavità: la parete interna della bocca è abbassata e forma un rilievo sotto il mento. In questo stato la ranula è ordinariamente dolorosa, e può essere complicata d' infiammazione, di febbre e di suppurazione. Ordinariamente la ranula si si sviluppa verso la cavità della bocca, ed allora non è possibile di non vedere che il tumore che comparisce sotto la mascella è dipendente da quello che riempie l' interno della bocca. Ma accade qualche volta che il tumore invece di progredire verso questa cavità, si porta sotto la mascella, e sulla parte laterale anteriore del collo, dove forma un rilievo qualche volta considerabile. In tal caso potrebbe esser preso per un tumor freddo o per un ingorgo linfatico, e facendone l'apertura o aprendosi da sè ne risulterebbe una fistola forse impossibile a guarirsi. Ho veduto due volte uomini dell' arte istruitissimi cadere in questo errore. Fortuna-

tamente si limitarono e applicare degl' impiastri fondenti sul tumore, che in seguito fu guarito colla conveniente operazione.

La ranula non è una malattia pericolosa ma è incomoda per la difficoltà che porta al masticare, al pronunziare ec., quando ha acquistato un volume considerabile. Si può impedire che divenga voluminosa, e far cessare gl' incomodi che produce vuotandola con una puntura; ma la ferita si rimargina, e sussistendo la causa, il tumore ben presto si riproduce. Non si può guarire radicalmente questa malattia se non ristabilendo il corso della saliva per l' orifizio naturale del condotto, o per una apertura artificiale che non possa richiudersi.

Quando il tumore è piccolo, e che ha pareti sottili, quando l' orifizio del canale è visibile o sia coperto da un' asta, se questo canale è ostruito da una materia viscosa, terrea, o da una pietra, si sbarazza, togliendo prima il corpo estraneo, passandovi uno specillo, poi un grosso filo di piombo, che di quando in quando si tira fuori per evacuare la saliva. Lovis ha posto in uso con successo questo metodo. Un giovine aveva sotto la lingua un tumore che incomodava i moti di quest' organo e nuoceva notabilmente alle sue funzioni. Una sinuosità che dividerà il tumore in parte sinistra e destra fece sospettare a Lovis che fosse formata da due sacchetti posto l' uno accanto all' altro. Anteriormente da ciascun lato e sulla stessa linea vi si vedeva una specie di afta: questo era l' orifizio salivare un poco dilatato e chiuso da una meteria viscosa. Lovis avendo introdotto senza fatica uno specillo bottonato in questa ulcera l' istromento penetrò ad una gran profondità nel doppio ricettacolo del tumore: ne uscì molto umore denso e trasparente simile al bianco d'uovo. Uno specillo di piombo fu collocato in ciascuno orifizio. In capo a due giorni il malato vedde venire Lovis che vuotò di nuovo i sacchetti tumefatti, e che pose in ciascuno orifizio un filo di piombo più grosso del primo.

Raccomandò al giovane di vuotare il tumore ogni mattina dopo avere levato il piombo, e poi rimettervelo. In capo a quindici giorni i canali furono liberi e immuni da ogni imbarazzo.

Questo metodo è semplice e poco doloroso: ma la sua applicazione è rara. Per guarire la ranula bisogna quasi sempre fece una apertura durevole per la quale la saliva preparata dalla glandula massilare possa colare nella bocca. Bisogna dunque praticare sulla parte superiore del tumore una incisione, e vuotare la cisti. Ma ordinariamente le labbra della ferita si riuniscono, e ben presto si forma una nuova congestione. Per ovviare a questo inconveniente gli uni han consigliato di dare all' incisione la più grande estensione possibile; ma non si sa forse che una ferita semplice che ha molta lunghezza si chiude tanto facilmente quanto una ferita più piccola? Altri han proposto, per rendere la piaghetta fistolosa, di introdurvi sulla fine una tasta di fila, e questo mezzo è riescito a Sabatier. Questo chirurgo aveva aperte due ranule molto grosse ad un bambino di dieci anni ed aveva avuta l'attenzione di dare alle ferite tutta l'estensione che potevano avere. Qnesta precauzione raccomandata da Lovis non gli portò buon effetto, e le ferite si richiusero, e la malattia ritornò. Sabatier volle usare il cauterio attuale, ma non potè determinare il ragazzo ad acconsentirvi; bisognò ricorrere all' istromento tagliente. Le aperture per quanto fossero più grandi delle prime, pure si vide che si richiudevano a segno da far temere che si sarebbero richiuse affatto. Allora Sabatier immaginò di riempirle con un corpo che si opponesse alla loro riunione. V' introdusse due pezzetti di quelle candelette che si adoprano nella cura delle malattie dell' uretra. Il ragazzo le soffriva assai bene; ma il sapore che davano alla bocca gli era molto incomodo. Sabatier vi sostituì delle taste di fila che il malato vi poneva da sè stesso e che levava nel tempo del pasto. Questo mezzo portò una perfetta guarigione.

Dunque non basta sempre per guarire radicalmente

la ranula di fendere il tumore in tutta la sua estensione; bisogna ancora rendere la piaga fistolosa impiegando il mezzo accennato. Ma siccome questo mezzo potrebbe non aver sempre l' effetto che si desidera, è meglio fare un' apertura con perdita di sostanza portando via una porzione della cisti, ed ecco come. Si fà entrare un bistorino nella parte interna posteriore del tumore, e conducendolo dal di dietro al davanti e dal di fuori al di dentro e poi dal di dentro al di fuori, si fà una incisione curva la di cui concavità è voltata al di fuori: si prende con una pinzetta da dissezione il lembo che risulta da una simile incisione, e si porta via colle cesoie. Siccome la cisti, cioè il condotto di Warthon dilatato e ingrossato, non è unito alla membrana della bocca che per mezzo del tessuto cellulare snervatissimo, quando il tumore è aperto queste due parti non mantengono più fra loro lo stesso rapporto che avevano avanti, cosicchè potrebbe accadere, non facendovi attenzione, che non se ne tagliasse se non una, per esempio, la membrana della bocca, e che non si ottenesse lo scopo che si desidera Quando è uscita le materia contenuta dal tumore bisogna introdurre il dito nella cisti, per assicurarsi se non contiene una materia arenacea, o anco delle piccole pietre che devono estrarsi per prevenire la recidiva della malattia. Dopo questa operazione, che quasi non fà versare sangue, le pareti del tumore ritornano su loro stesse, gli orli dell' incisione si riavvicinano e si riuniscono in una gran parte della loro estensione: ma se l' escissione è stata bastante vi resta una apertura fistolosa, per la quale la saliva cola nella bocca, e il malato è guarito per sempre. Questo metodo mi è sempre riuscito, senza dubbio perchè ci ho avuta l'attenzione di proporzionare l' escissione al volume del tumore, e perchè l' ho impiegato in tutti i casi invece di limitarne l'uso alle ranule antiche, voluminose, e di grosse pareti come han fatto molti pratici. Lovis dice di avere osservato che le persone operate in questa manierc sba-

vano continuamente e spruzzano la saliva parlando. Egli attribuisce questo inconveniente alla situazione dell'apertura fistolosa, al difetto di organizazzione propria a trattenere la saliva, e alla comunicazione della fistola in una cavità molto spaziosa, che dipende dal non essere le pareti canale di Warthan assai ravvicinate per ridurne questo canale al suo ordinario diametro. Quanto a me io penso che questa eiaculazione dipende al tempo stesso e dall'essere troppo piccola l'apertura fistolosa che trasmette la saliva in bocca, e dal condotto salivare, il quale essendo stato eccessivamente dilatato, mantiene un diametro considerabile, e forma una specie di conserva nella quale si accumula la saliva, e donde è spremuta dai moti della lingua e da quelli di tutte le parti vicine all'azione del parlare. Lovis pensa che si possa prevenire questo inconveniente forando il tumore con un ferro infuocato, come aveva proposto Pareo. Secondo lui questo mezzo sarebbe tanto efficace quanto l'incisione; ma meno doloroso; e sarebbe preferibile in quanto che si potrebbe stabilire un'apertura permanente per l'escrezione della saliva nella parte della cisti là più lontana dal davanti della bocca. Mi pare, dopo quanto ho detto di sopra sulla causa di questa eiezione di saliva, che il mezzo il più idoneo a prevenirla si è di escindere una porzione delle pareti del tumore proporzionata al suo volume. Facendo così il condotto di Warthon si ridurrà ad un diametro poco lontano dal diametro naturale, cosicchè la saliva non si tratterrà, ma scorrerà continuamente nella bocca con tanta maggior facilità quanto più sarà larga l'apertura artificiale. L'esperienza viene ad appoggiare questo raziocinio: Io ho operato un gran numero di ranule, e non ho mai osservato il cattivo effetto di cui si tratta, perchè ho sempre procurato di portar via una porzione dell'inviluppo del tumore proporzionata al volume del tumore medesimo.

Lo stromento tagliente non è il solo mezzo di cui si possa fare uso per aprire la ranula: si può anco adoprare il cauterio attuale e i caustici. Ambrogio Pareo

avendo osservate che la semplice incisione colla lancetta esponeva a continue recidive, si era determinato ad aprire la ranula con un cauterio attuale, di cui faceva passare la punta da un foro fatto in una piastra di ferro che sosteneva la lingua e difendeva al tempo stesso le parti vicine. Operando così è evidente che Pareo, quantunque non lo dica, si proponeva di fare un' apertura con perdita di sostanza per mezzo della quale potesse in ogni tempo aver luogo l' escrezione della saliva. Si è creduto che il cauterio attuale condurrebbe a questo scopo con più sicurezza che il bisturino e per conseguenza che meritasse la preferenza. È certo che l' apertura fatta con un ferro infuocato è meno soggetta a chiudersi di una semplice incisione per quanto sia estesa; ma non si mantiene meglio di un' apertura fatta con perdita di sostanza con un bisturino, e nel modo che ho indicato di sopra Servendosi di questo ultimo mezzo si ha un vantaggio, che non si trova nell'uso del cauterio attuale, o almeno che non vi si trova nel medesimo grado; ed è di potere proporzionare l' estensione di perdita di sostanza al volume del tumore. Abbiamo parlato del vantaggio che si attribuisce al cauterio attuale di prevenire l' eiaculazione della saliva, che ha luogo qualche volta dopo la semplice apertura del tumore per mezzo del bisturino: ciò che abbiamo detto di questo fenomeno e del mezzo di prevenirlo ci dispensa di ritornare su tal soggetto.

Se l' incontrasse un malato tanto pusillanime da non si volere sottomettare nè all' azione del bisturino, nè a quella del cauterio attuale, si potrebbe aprire il tumore con un caustico Il più conveniente sarebbe il muriato di antimonio liquido. S' inzupperebbe un piccol pallino di fila in questo caustico, e dopo averlo spremuto si applicherebbe sopra la parte media della ranula, e vi si terrebbe applicato per qualche secondo. Dalla caduta dell' escara prodotta dal caustico risulta, come da quella dell' escara prodotta dal cauterio attuale,

un' ulcera che si cicatrizza lasciando un' apertura fistolosa per la quale scola la saliva.

Articolo V.

Delle ferite fatta nella faccia dalle armi da fuoco.

Queste ferite presentano ne' loro fenomeni e nella loro cura alcune circostanze le quali meritanō di essere esposte.

La faccia essendo composta di un gran numero d' ossa per la maggior parte spugnose, che formano e racchiudono delle cavità, la scossa o la commozione violenta prodotta dall' azione d' una palla sopra questa parte, è raramente trasmessa al cranio e al cervello. Così le ferite della faccia fatte dalle armi sono molto meno cattive che quelle del cranio. Pure qualche volta sono accompagnate da gravi accidenti, come tumefazione inflammatoria di tutto il viso, febbre, deliro, assopimento letargico ec. Questi accidenti che dipendono della commozione del cervello, o dalla irritazione del pericranio, la quale passa fino alle membrane interne, rendono queste ferite molto complicate, e molto incerta la loro guarigione.

Quando un arme da fuoco è scaricata da vicino nella bocca si osservano disordini di due specie: gli uni sono prodotti dalla palla, gli altri dalla polvere: l' esplosione subitanea di questa materia al momento in cui s' infiamma determina spesso la lacerazione delle gote in più luoghi, e queste lacerazioni partono ordinariamente dalle commettiture delle labbra. I disordini prodotti dalla palla riseggono nelle parti molli, e nelle ossa. Sono differenti secondo la tale o tale direzione che aveva l' istromento quando è stato scaricato. È cosa rara che coloro che attentano alla loro vita scaricandosi una pistola in bocca dieno all' arme una tal direzione, che la palla dopo di aver traversate le fosse nasali penetri nel

cranio dalla parte anteriore della sua base, e si perda nel cervello: Quando ciò ha luogo il ferito muore quasi sempre sul fatto. Ma per lo più la pistola è diretta in modo che la palla rimane nella grossezza della faccia di cui rompe le ossa. L'arme stessa quando è troppo internata nella bocca può contribuire alla frattura delle ossa e soprattutto a quella della mascella inferiore. In tutti i casi l'interno della bocca è annerito dal fumo e dai granelli di polvere. Qualche volta la lingua è lacerata in brani, e la sua superficie bruciata.

Bisogna portare molta attenzione nella cura delle ferite di armi da fuoco fatte nella faccia; soprattutto vi vuole gran circospezione nelle dilatazioni che occorre di fare. La conformazione particolare delle parti, e la vicinanza delle ossa non permettono di estendere molto le incisioni; si devono risparmiare alcuni organi, la lesione dei quali potrebbe avere cattive conseguenze, e bisogna prevenire delle deformità.

Quando la palla è rimasta nella ferita bisogna cercare di riconoscere il luogo che ella occupa. Se la piaga interessa la cavità della bocca bisogna attentamente percorrerne l'estensione col dito, affine di scoprire ed estrarre la palla prima che la tumefazione venga a chiudere le mascelle. In altri casi si introduce con precauzione nella ferita un grosso specillo per riconoscere il luogo che occupa la palla. Ma se questa ricerca dasse del dolore si deve rinunziarvi, nel timore di aumentare gli sconcerti indotti dalla ferita. Quando si è riscontrato il corpo estraneo si deve procurare di estrarlo dopo avere ingrandita la ferita, e facendo una contro apertura, se è necessaria. Pure se la palla non potesse essere estratta col mezzo d'incisioni considerabili, sarebbe meno inconveniente a lasciarla stare, che a sfigurare il malato con lunghe incisioni che si devono sempre scansare quanto si può nelle ferite del viso. La presenza della palla non impedisce la guarigione di queste ferite; e il suo soggiorno nella grossezza della mascella superiore non produce ordinariamente accidente veruno. Numerosi

esempi attestano che si può portare per lungo tempo una palla nelle ossa della faccia senza esserne incomodato.

L'ingorgo inflammatorio che accompagna tutte le piaghe d'armi a fuoco è minore in generale in quelle della faccia che in quelle delle altre parti del corpo. Per impedire che questo ingorgo diventi troppo considerabile, e per combatterlo quando è fatto, si ricorre al salasso, alle bevande rinfrescanti, ai lavativi, e ad una severa dieta. Nei primi giorni si medica la ferita con topici ammollienti e anodini, ma stabilita che sia la suppurazione si devono fare succedere a questi topici rimedi leggermente detersivi.

Nelle persone che si sono sparate un colpo di pistola in bocca la tumefazione inflammatoria della gola è talvolta si considerabile, che diviene affatto impossibile la deglutizione; ed allora conviene introdurre una tenta elastica nell'esofago o dalla bocca o dalle fosse nasali ad oggetto di far prendere ai malati gli alimenti necessari a mantenerli in vita.

Un altro accidente da cui queste piaghe sono qualche volta accompagnate è l'emorragia, la quale può essere primitiva o consecutiva. Quando la palla è penetrata nelle fosse nasali traversando la volta palatina, e che il sangue esce in gran quantità dal naso e dal foro della volta del palato, bisogna chiudere con stuelli la fossa nasale secondo il metodo da noi descritto parlando dell'epistassi; con questa differenza però che bisogna chiudere l'apertura del palato con uno stuello attaccato ad un filo doppio che esce dalle narici. In un caso di questa specie Desault si contentò di turare la narice posteriore e l'anteriore: ma è probabile che in questo caso lo stuello che chiudeva la narice posteriore dritta, chiudesse anco l'apertura della volta palatina che era situata molto indietro, ed era tanto grande da passarvi facilmente il pollice. Quando la volta del palato non è forata, e che il sangue scola in bocca, non si possono opporre alla sua effusione che i mezzi generali; e se con questi l'emorragia non si ferma, il malato muore. Io ne ho veduto un

esempio. Un uomo si era tirato un colpo di pistola nella bocca: nei nove primi giorni non soffrì altro accidente che l' ingorgo inflammatorio che accompagna sempre questa specie di ferite. Il decimo ebbe una emorragia per la bocca che nulla potè arrestare. All'apertura del cadavere io riconobbi che questa emorragia proveniva dall'arteria massillare interna, contusa e disorganizzata dalla palla verso la sommità della fossa zigomatica, e dalla quale il sangue scaturì alla caduta dell' escara.

ARTICOLO VI.

Delle ulcere cancerose della faccia.

Le ulcere cancerose della faccia formano un genere di malattia d' una tale importanza, che dopo aver parlato separatamente di quelle che attaccano ciascuna parte di questa regione, credo utile di ritornare su questa malattia, considerandola in una maniera generale, e indipendentemente dal luogo che essa occupa.

Non v' è parte della faccia che non possa esserne la sede; la stessa pelle capillata non ne è esente, particolarmente negl' individui calvi; pure sembra che abbia una maligna predilezione per le labbra, pel naso e per le gote; attacca spesso le tempie e la fronte; i bambini e i ragazzi non ne sono quasi mai affetti; solo gli adulti ed i vecchi vi sono soggetti, ed è osservato che si manifesta più spesso negli uomini che nelle donne.

Queste ulcere non cominciano sempre nella stessa maniera, nè si presentano costantemente sotto la stessa forma. Nella maggior parte de' casi la malattia comincia da una piccola bolla da una specie di verruca semplice, che si mantiene benigna per lungo tempo, soprattutto quando non s' irriti col frequente toccarla. È importante indicare i caratteri da' quali si può distinguere, fra le bolle che vengono alla faccia, quelli che non devono essere temuti come capaci di diventare cancri, e quelli che dalla loro prima comparsa inclinano a questa spiacevole degenerazione, supposto ancora che non sia provocata da

veruno eccitamento esterno. Infatti questa distinzione conduce il chirurgo ad asternersi da una operazione inutile nel primo caso, e ad estirpare subito quelli che sono di cattiva natura.

Le bolle che non sono capaci di diventar cancerose hanno ordinariamente una base più o meno ristretta, che presenta un affondamento circolare, una specie di piccolo collo. La loro superficie è ora eguale senza essere lustra, ora ineguale e come lobulosa, e spesso dà inserzione a qualche pelo; la loro struttura è molle, cellulosa e vasculosa. Le altre hanno una base larga; la loro circonferenza non è sempre rotondata; spesso si estendono più in un senso che in un altro. Qualche volta hanno la forma di una lastrella irregolare e rilevata al più d'una linea. Il loro colore è d'un bianco giallastro e un poco opaco: la loro superficie è liscia, lucente o cornea, e non dà giammai nascimento a de' peli; spesso è sparsa di linee rosse. La loro tessitura è compatta e non offre alcuna regolarità nella disposizione delle parti, ma presenta l'aspetto del lardo. Le bolle di questa specie possono sussistere per lungo tempo senza ulcerarsi quando non s'irritino; ma malgrado la precauzione di non le toccare finiscono presto o tardi per aprirsi e degenerare in ulcere cancerose. Ho veduta una bolla di questa specie situata sulla riunione della palpebra inferiore colla gota, allungata trasversalmente, la quale doppo avere sussistito per ventisette anni senza dare verun incomodo al malato, si è aperta e convertita in una ulcera cancerosa, i cui progressi sono stati molto rapidi. Io l'ho guarita coll'uso della polvere arsenicale.

Ma non è già che le ulcere cancerose della faccia comincino esclusivamente in questa maniera. Qualche volta in principio al luogo che devono occupare non si vede altro che una macchia giallastra, che eccede appena il livello de' tegumenti, e che sembra formata dal diseccamento di un umore esalato dalla pelle. Questa macchia può durare lungo tempo senza fare progressi. Quando viene a cadere o spontaneamente lo che è raro, o perchè

se ne procura la caduta coprendola con un topico, o staccandola, si vede che la superficie della pelle non è sana: essa è escoriata, rossa e coperta di granellini visibilissimi soprattutto con una lente. Da questa superficie escoriata trasuda una materia giallastra, la quale prosciugandosi forma una nuova macchia. Questa si riproduce tante volte quante si stacca o da sè stessa, o togliendola, e l'escoriazione diventa gradatamente più profonda, in modo da trasformarsi appoco appoco in una vera ulcera.

Quando l'ulcera cancerosa del viso comincia da una bolla, e che questa e una semplice verruca, non degenera in ulcera se non è fortemente irritata dal continuo toccarla o da' caustici. Sotto l'influsso di queste cause eccitanti la verruca s'infiamma, diviene dolorosa, si tumefa e si esulcera. Questa esulcerazione, come ho già detto, può aver luógo senza veruna eccitazione esterna quando la bolla è di cattiva natura. Nell'uno e nell'altro caso una volta che è cominciata l'esulcerazione, essa si estende con maggiore o minore rapidità, e distrugge interamente l'escrescenza che è stata il germe della malattia.

Qualunque sia stato il principio delle ulcere il loro aspetto e il loro corso offrono molte varietà: ora la loro superficie è diseguale e in qualche modo nodosa: è circoscritta da orli lividi, duri, alzati in forma di funghi: ora è ineguale e presenta, osservata colla lente, de' granelli simili a quelli dell' interno del fico: ora finalmente è coperta da una crosta secca, grigia, che si rinnova subito che si fà cadere o togliendola o applicandole qualche topico. In questi due ultimi casi la pelle che circonda l'ulcera conserva qualche volta il suo aspetto naturale; altre volte diventa bruna e livida. Il liquido trasudato dalle ulceri del viso differisce molto dal pus fornito da una piaga di buona qualità. Quello è una sanie icrosa, poco abbondante, sottile, che non ha la consistenza del pus de' flemmoni, nè la fetidità di quello de' cancri delle altre parti. Altre ulceri cancerose del viso hanno la forma di un fungo, la di cui superficie

saniosa versa una gran quantità di materia icorosa. Questo fungo è attaccato ad un peduncolo, di cui si può misurare la grossezza passando una tenta fra la pelle a l'orlo del fungo, e facendola girare intorno al pedunculo. Il corso di questa malattia ora è lento, ora è rapido; ma quel che è costante si è che non retrograda punto qualunque siasi il mezzo che si adopra per guarirla. Del rimanente queste ulcere, dopo aver fatto qualche progresso, possono tutto ad un tratto cessare dal crescere e diventare stazionarie per più anni, ed anco per tutta la vita, senza sconcertare la salute di quelli che le portano. Altre volte succede tutto l'opposto: l'esulçerazione si estende rapidamente in larghezza ed in profondità; non distrugge soltanto la pelle e il tessuto cellulare succutaneo, ma rode i muscoli, le cartilagini ed anco le ossa, ora con vivi dolori, ora senza dolore o producendo solamente delle passeggere punture.

Nell'istoria delle ulcere cancerose del viso importa molto il distinguere quelle che costituiscono un'affezione puramente locale, e quelle che vanno unite ad una diatesi generale dell'economia. Le prime in fatti sono suscettibili di guarire coll'ablazione della parte malata; le altre si riprodurrebbero sicuramente in maggiore o minore spazio di tempo dopo averle estirpate o distrutte. Sarebbero certamente molto preziosi de' segni sicuri per distinguere sempre fra loro queste ulcere sì diverse nella loro natura; sventuratamente mancano nella maggior parte de' casi, nè possiamo quasi mai giungere che a semplici probabilità; così siccome vi sarebbe maggiore inconveniente ad abbandonare a sè stessa una malattia che non deve mai guarire e che può essere causa di morte, che di esporre ad una operazione infruttuosa, si è stabilito il precetto d'intraprenderne la guarigione quando non vi è circostanza che positivamente contraindichi l'uso de' mezzi curativi. Una cosa ben degna di osservazione e capace a dar coraggio al chirurgo si è, che le ulcere cancerose del viso non sono quasi mai accompagnate dall'ingorgo di glandule linfatiche vicine; mentre queste

glandule sono quasi sempre affette ne' tumori cancerosi che si manifestano nelle stesse parti; soprattutto quando questi tumori sono esulcreati.

Si possono prevenire le ulcere cancerose del viso che provengono da una bolla semplice o benigna, raccomandando al malato di evitare con ogni premura tutto ciò che potrebbe determinarvi dell'irritazione. Quanto a quelle che cominciano da una bolla di cattiva natura, l'ablazione è il solo mezzo di impedire il loro sviluppo. In tal caso sono solito di circoscrivere il piccol tumore con una incisione circolare o ovale, secondo la forma della sua base, e di portar via tutta la grossezza della pelle; di poi tocco la superficie della piaga col nitrato d'argento per fermare il sangue e dispensare il malato dall'avere il viso coperto con un apparecchio. Quando l'escara è caduta medico la piaga con un piccol cerotto di diachilon gommato. Quando la malattia comincia con una specie di escorazione coperta da una crosta giallastra, per impedirne lo sviluppo o bisogna portar via col bisturino tutta la parte escoriata, o consumarla col caustico. Nel caso di adoprare lo strumento tagliente bisognerebbe, come l'ho raccomandato parlando delle bolle semplici, aver gran premura di portar via tutta la grossezza della pelle, e di toccare in seguito la superficie della piaga col nitrato d'argento per sospendere l'emoragia. Ma per lo più la malattia si presenta nel suo principio con sintomi tanto poco spaventevoli, che le persone che la portano credono raramente che sia necessario di consultare uomini dell'arte per un male in apparenza così leggero; e i malati non reclamano i consigli dei chirurghi se non dopo che la malattia ha fatto progressi. A quest' epoca, prima d'intraprendere la cura, si deve col più grande scrupolo esaminare se vi è possibilità di guarirla, oppure se bisogna rinunziare a questa speranza, ed attenersi a mezzi palliativi. Qualunque siasi l'estensione e l'antichità delle ulcere cancerose del viso, si può sperare di guarirle, quando è possibile di portarle via affatto col bisturino o di distruggerle coi caustici, e

quando nel medesimo tempo il malato non soffre alcuno dei sintomi che indicano una diatesi cancerosa in tutta l'economia. Si deve in questo caso aver particolarmente riguardo allo stato delle glandule linfatiche, alla colorazione della pelle, allo stato delle forze e all'essere in carne, cose che non sono alterate quando la malattia è puramente locale.

L'istromento tagliente e i caustici non si devono usare indifferentemente. Il primo merita la preferenza quando la superficie dell'ulcera è molto ineguale, che offre delle depressioni e dei rilievi considerabili, che i suoi orli sono duri, inalzati e rovesciati. Ne' casi contrari il chirurgo deve pervenire al suo scopo coll'uno o coll'altro mezzo: ma quando nulla vi si opponga si deve preferibilmente impiegare il caustico, perchè questo mezzo è meno doloroso, e soprattutto meno spaventevole dell'altro. Si potrebbe ancora fare uso del cauterio attuale, ma avrebbe lo stesso inconveniente. Osserverò ancora che i cauteri attuale e potenziale non convengono se non nel caso in cui per distruggere interamente la malattia basta una o due applicazioni di questi mezzi.

Quando si adopra lo stromento tagliente per estirpara un cancro dal viso, con un bisturino di taglio convesso si fà intorno all'ulcera una incisione che deve anticipare di qualche linea sulla pelle sana, la di cui forma deve esser determinata da quella della superficie ulcerata. Si fà l'ablazione di tutta la parte affetta procurando di penetrare molto profondamente per non lasciar nulla di sospetto o che si possa sospettare partecipe della malattia. Quando l'ulcera occupa le narici o la punta del naso, dopo avere scoperto la cartilagine bisogna raschiarla col bisturino, ed anco tagliarne qualche laminetta. Se nell'operazione si taglia un'arteria bisognerebbe farne l'allacciatura. La cura della ferita deve essere quella di una piaga semplice che suppura.

Quando si adopra il cauterio attuale per distruggere le ulcere cancerose del viso s'infuocano due cau-

teri della forma e della larghezza prossimamente quanto è possibile dell' ulcera: se ne applica uno che si tien fisso finchè la sua azione sia cessata. Se il cauterio fosse più stretto dell' ulcera si farebbe passare successivamente su tutta la superficie di lei. Se non giudichisi bastante questa prima applicazione, si estingue di seguito il secondo cauterio nell' ulcera. Quando l' escara prodotta dalla cauterizzazione si stacca, la superficie che lascia scoperta ha tutte le qualità d' una piaga semplice, e guarisce facilmente, purchè però la cauterizzazione sia stata tanto profonda per distruggere tutte la parti cancerose. Nella supposizione contraria l' ulcera che succede all' escara presenta un cattivo aspetto, e non indugia a prendere lo stesso carattere che aveva avanti la cauterizzazione. Questa ultima circostanza, unita alla difficoltà di misurare ed anco di valutare con qualcha giustezza ha profondità alla quale si estende l' azione del fuoco, ha portato la maggior parte de' pratici a rinunziare all' adustione, per la quale d'altronde la maggior parte de' malati provano un orrore insormontabile.

Di tutti i mezzi, mediante i quali si possono distruggere le ulcere cancerose della faccia, i caustici sono quelli che ispirano minor ripugnanza a' malati. I caustici devono essere scelti e preparati in modo da consumare il cancro in una o in due applicazioni, senza però estendere la loro azione troppo lungi sulle parti sane. L' arsenico mescolato con altre sostanze in polvere in dosi convenienti fra tutti i caustici è quello, la cui azione può essere meglio calcolata, e che si applica con maggiori vantaggi: quindi è quasi il solo che oggigiorno si applica nel caso di cui si tratta. Questo caustico, per un tempo abbandonato quasi affatto ai ciarlatani, è divenuto d' un uso quasi generale fra i chirurghi dopo Bernard e Baseilhac, i quali han fatto conoscere la maniera di prepararlo e di servirsene. Essi avevano avuto questo metodo dal loro maestro fra Cosimo, il quale lo aveva comprato da un chirurgo per tremila lire. Il rimedio di cui si tratta è conosciuto sotto il nome di

polvere di Rousselot, o polvere di fra Cosimo, benchè sia stato descritto da parecchi autori antichi, e specialmente da Gay de Chauliac. Coloro che hanno usato questo rimedio e che ne hanno parlato, non sono d'accordo sulle proporzioni di arsenico bianco che deve contenere. Nel caustico di Rousselot questa sostanza non entra che per un sesto della massa; in quello di fra Cosimo ve ne è per più d'un quinto: finalmeute a' nostri giorni alcuni chirurghi non impiegano nelle preparazioni delle quali fanno uso che un ventiquattresimo d'arsenico. Quanto a me ecco la mia ricetta che si ravvicina molto a quella di Reusselot.

R. Cinabro, un denaro,
Cenere di suola di scarpe, otto grani,
Arsenico bianco, sei grani.

Si riduca tutto in polvere finissima e si mescoli esattamente in un mortaio di vetro o di porcellana.

Per adoprar questo caustico se ne mette una certa quantità sopra una carta o sopra il rovescio d'un tondino; si mescola con della saliva per mezzo di una spatola in modo da farne una pasta poco consistente. Se la superficie dell'ulcera non presenta veruna elevazione dura e scirrosa, e se i suoi orli non oltrepassano il livello della pelle, si procede immediatamente all'applicazione del caustico dopo aver ben pulita l'ulcera dalla sanie che la ricopre. Se vi sono delle prominenze scirrose sull'ulcera o nelle vicinanze, si levano col bisturino, dopo di che si medica l'ulcera con nna pezzetta coperta di fila, e si aspetta che questo apparecchio si stacchi da per sè prima di procedere all'applicazione del caustico, la quale si fa nella seguente maniera. Dopo avere asciugata la superficie dell'ulcera con una pezzetta fina, si cuopre di questa pasta che vi si distende con una spatula, in modo da formare uno strato, che deve stendersi sulla pelle a una mezza linea circa al di là dell'ulcera, ed avere una grossezza proporzionata alla

profondità alla quale uno si propone di agire. In generale è meglio cauterizzare più che meno, e per conseguenza vi è minore inconveniente a fare lo strato troppo grosso che a mettervene uno troppo sottile. Nella maggior parte de' casi basta che lo strato del caustico abbia la grossezza d'un mezzo franco, ed anco è cosa prudente il farlo meno grosso quando l' ulcera è situata sopra un osso, o sopra una cartilagine che si ha premura di risparmiare. Quando la pasta è così distesa si copre con della tela di ragno, o con del bisso che cresce sulle vecchie botti, e che alcuni chiamano *agarico di cantina*. Questa sostanza ha sulla tela di ragno il vantaggio di non aver nulla di sudico. D'altronde il suo colore nero o bruno le dà qualche somiglianza co' nei di taffettà gommato. Dopo avore applicato una di queste due sostanze si bagna portandovi qualche goccia di acqua o col dito o colla spatola. La pasta caustica seccandosi forma una crosta che aderisce è stà da per sè stessa, e che non si stacca se non coll' escara: dopo la medicatura sarà ben fatto il prevenire il malato del dolore che fra poco deve sentire sulla tumefazione edematosa e inflammatoria, che deve svilupparsi per dissiparsi poi pochi giorni dopo quando la pasta escarotica mescolata alle parti che essa ha disorganizzate comincerà a staccarsi. Ciò accade ordinariamente fra il decimo quinto e il venticinquesimo giorno; e qualche volta l' escara cade anco più tardi: io ho veduto de' malati a' quali è caduta dopo sei settimane. Essa si stacca dalla circonferenza al centro e la cicatrice si fà nell' istesso ordine, cosicchè se la caduta dell' escara si fà molto aspettare, la cicatrice è quasi terminata quando l' escara cade. Ma per lo più non accade così; l' escarotico tardando poco a staccarsi, lascia scoperta una piaga semplice con perdita di sostanza, la cui superficie è grigia e la guarigione è pronta. Si medica questa piaga con un impiastro di diapalma, di Nuremberg, o di diachilon gommato. Si procura, rinnovandolo ogni giorno, di pulire la superficie e le adiacenze della piaga. Per reprimere i bottoni carnosi, quando sono gonfiati o che si

elevano sul livello della cicatrice, si toccano col nitrato di argento. Nel caso in cui dopo la caduta dell'escara non avesse l'ulcera un buono aspetto, e non progredisse verso la guarigione, bisognerebbe applicare una seconda volta il caustico; ed io l'ho fatto spesso con buon successo.

In qualunque maniera siasi fatta disparire un'ulcera cancerosa del viso, la guarigione non è sempre radicale. Non è raro il vedere l'ulcera aprirsi di nuovo in capo a un certo tempo. In questo caso se si attacca di nuovo si può guarire, ma non tarda a riaffacciarsi; e dopo parecchie guarigioni e parecchie recidive finisce con prendere un carattere evidente d'incurabilità.

Quando l'estensione delle ulcere cancerose del viso, il progresso del male verso le glandule e le ossa, lo stato generale del malato non permettono d'intraprenderne la guarigione, non si può impiegare che mezzi palliativi per ritardare il corso della malattia, e calmare i dolori che l'accompagnano; pure non riesce sempre di soddisfare a queste due indicazioni, per quanto molti sieno i mezzi proposti per giungervi. Noi indicheremo i principali, molti de' quali possono usarsi simultaneamente. Si lava l'ulcera con un decotto di cicuta, di solatro e di papavero: si copre quindi con un impiastro fatto con biacca, con minio, con litargirio. Se i dolori sono molto vivi, si fanno succedere a questi topici il cerato oppiato o pezzette inzuppate nell'estratto gommoso d'oppio. Si dà internamente l'estratto di cicuta, la decozione di carota, di saponaria, di dulcamara, e si prescrive un regime dolcificante. Se i dolori non cedono a questi mezzi si ordinano pillole d'oppio, di cui si aumenta progressivamente la dose. Si sono veduti de' malati vivere lunghissimo tempo mercè l'uso combinato di questi diversi rimedi. Si puo ancora aggiungere un esutorio al braccio.

Articolo VII.

Del tic doloroso.

Il tic doloroso è una malattia della faccia o di qualunque altro punto del contorno della testa, caratterizzato da de'dolori acuti, da punture crudeli che si fanno sentire a intervalli, sempre sullo stesso punto, che si estendono con una specie di irridiazione ad alcuna delle parti adiacenti, e determinano ne' muscoli dello spasmo e delle convulsioni.

Questa malattia non era conosciuta dagli antichi. Quelli che hanno preceduto Avicenna non ne han fatta menzione, e i posteriori a lui ne han parlato in una maniera molto più oscura di lui che l'ha descritta molto incompletamente. Così quando André chirurgo di Versailles pubblicò nel 1766 parecchie osservazioni sul tic doloroso nella sua opera sulle malattie dell' uretra, questa affezione sembrò nuova ai medici, e richiamò vivamente la loro attenzione. Nel 1776 Fothergill la descrisse esattamente, e dopo Pujol medico di Castres ne fece il soggetto d' una monografia. Dopo che questa malattia è ben conosciuta non si confonde più coll'odontalgia, col reumatismo della faccia, e con parecchie altre malattie che a quella rassomigliano.

Le principali differenze dei tic dolorosi dipendono dal luogo che occupano e dal tipo che prendono. Così ora il dolore si fà sentise alla fronte o alle tempie; ora al globo dell' occhio, ad una delle mascelle, alla gota, al lato del naso, al pomello, all'orifizio del foro mastoideo, del foro del mento, all' orecchia interna: essa può attaccare parecchi punti della pelle capillata, ed estendersi a tutta una parte della faccia. M. Chaussier ha designato sotto i nomi di nevralgia frontale, susorbitaria e massillare le principali varietà di questa malattia; ma queste denominazioni sono ben lungi dall'essere sufficienti per caratterizzare tutte le nevralgie che

si sono osservate. Una cosa notabile si è che il tic doloroso è quasi costantemente limitato ad una sola parte della faccia, e che non l'abbandona se non raramente per portarsi dall'altra parte: che resta ordinariamente fisso nel suo centro primitivo, e non se ne allontana per farsi sentire in un'altra parte. Pure qualche volta si vede i dolori più vivi tormentare ora una parte ora un'altra; passare dal sopracciglio all'occhio e da quello alle gengive. Bonnard (1) ha veduto i dolori portarsi successivamente alla parte inferiore del crotafito, al lato del naso, alla gengiva superiore, alla inferiore, all'eminenza zigomatica e sul parietale del lato sinistro. Pujot parla di uua signora nelle quale il dolore abbandonò la gota in cui egli facevasi sentire da lungo tempo, e si fissò sul luogo corrispondente della gota sana: due mesi dopo lasciò questa per riprendere il primo posto, che conservò sempre in seguito.

Parecchie circostanze portano a credere che il tic doloroso abbia la sua sede speciale ne'nervi, e in sequela di questa opinione si è dato in certi tempi il nome di nevralgia a questa malattia. Ecco le principali ragioni sulle quali è basata questa opinione: 1.° Il dolore il più vivo occupa e segue sempre il tragitto di un nervo considerabile, e le irradiazioni del dolore sembra che imitino le divisioni e suddivisioni del nervo affetto. 2.° La sezione del nervo fà cessare di subito il dolore che ricomparisce doppo la cicatrice: 3.° Se si scopre il nervo mercè successive applicazioni di caustico, come lo ha fatto André; se si tocca o si stira l'escara che lo cuopre, si rinnuova sull'istante il dolore. 4.° Finalmente si produce lo stesso effetto premendo attraverso la pelle uno dei principali rami del nervo affetto.

Le differenze che il tic doloroso presenta per rapporto al suo tipo sono numerosissime, ma si possono ridurre a due le quali abbracciano tutte le altre. La ma-

---

(1) Journal de Médicine tom. 50, pag. 6●.

lattia è sempre intermittente: o ricomparisce a intervalli fissi e con fenomeni indeterminati, ed allora il suo corso è regolare o periodico; o ricomparisce senza seguire ordine veruno, e allora è irregolare o *atipica* (1).

Diverse cause possono predisporre al tic doloroso o determinarne lo sviluppo. Il temperamento nervoso, una gran suscettibilità morale, un genere di vita sedentaria sono le principali cause predisponenti di questa affezione. Quasi tutte le persone che ne sono state attaccate erano ipocondriache o isteriche, un gran numero aveva sofferto antecedentemente di mal di denti. Si è parimente osservato che le donne vi sono più soggette degli uomini, e che la malattia non si manifesta quasi mai nell'uno e nell'altro sesso prima dei trentacinque o de' quaranta anni; pure Meglin l'ha veduta in una donna di venti nove anni, ed in un' altra di ventidue; Leidenfrost in una giovine di diciannove, e Gunther in un ragazzo di nove anni. Io pure l'ho osservata in un giovane di ventitrè anni, che ne era affetto fino dal suo decimo settimo anno; ma non si conosce altra eccezione alla regola generale che abbiamo enunziata. Perciò che riguarda il sesso, Thouret non pensa con Fothergill, e con Pujol che le donne vi sieno più sottoposte degli uomini: in tutte le osservazioni che egli ha riunite il numero degli uomini si è trovato più che il doppio di quello delle donne. Una tal questione non potrebbe essere giudicata che ravvicinando un gran numero di esempi, e questo è ciò che ha fatto Siebold nel suo saggio sul tic doloroso: fra novantantadue individui attaccati di nevralgia faciale si sono trovate cinquantaquattro femmine, e trentotto uomini.

Le cause occasionali del tic doloroso sono la contusione, la lacerazione di un filetto nervoso, il contatto d'un tubercolo che lo comprime o lo irrita, e più spesso ancora un colpo d'aria fredda sulla gota quando il corpo è riscaldato. In qualche caso la soppressione d'una

(1) Tableau des Nevralgies par M. Chausier.

antica fistola delle gengive, d'una eruzione cutanea cronica ha preceduto la comparsa della nevralgia, ed è stata considerata, forse con ragione come la sua causa occasionale. Qualche volta il tic doloroso è sopraggiunto dopo la disparsa d'un reumatismo; qualche volta si è dichiarato in individui affetti da cancro, in altri affetti da celticismo. In quest'ultimo caso ha parecchie volte ceduto al mercurio, nell'altro ha partecipata l'incurabilità del vizio canceroso con cui era unito.

Il principio della malattia, non è lo stesso in tutti gl' individui. Alcuni non sentono da principio se non qualche puntura viva ed urente, che come un tratto di fuoco percorre i punti della faccia dove deve fermarsi il male, e non ricompariscono che di tanto in tanto: altri provano de' dolori sordi, e continui che prendono forza appoco appoco e cessano di crescere divenendo intermittenti: in altri finalmente il male comincia con una tumefazione flussionaria di tutta la gota, accompagnata da dolori dilanianti molto più forti di quelli che produrrebbe una semplice flussione: la parte tumefatta non riprende che lentamente il suo volume naturale, e il tic doloroso spogliandosi di giorno in giorno della sua complicazione rimane co' suoi sintomi i meno equivoci. Pujol ha veduta una simile flussione terminare in un ascesso che si aprì nella bocca, e in una nevralgia faciale persistente.

In qualunque modo essa cominci, la malattia offre sintomi presso appoco simili quando è bene sviluppata. In tutti i malati è caratterizzata da dolori estremamente violenti, da punture ripetute e tanto insopportabili che agli sventurati che li soffrono pare che loro si lacerino le carni. Nel tempo che dura l'attacco le ciglia sono increspate, le due palpebre fortemente compresse e la commettitura delle labbra ritirata verso le orecchie come nel riso sardonico. La mascella inferiore rimane immobile nella stessa situazione in cui si è trovata al momento in cui ha cominciato l'accesso; la respirazione è lenta e come sospesa; i malati non si attentano di gettare il

minimo grido, nè di proferire una sola parola; pare che temano il più piccolo moto del corpo; la loro attitudine forzata, l'alterazione e l'espressione della loro fisionomia dicono meglio di qualunque espressione la veemenza del loro male. Dopo che è calmato possono parlare del loro dolore, e si sfogano a lamentarsi.

Il centro della malattia non è la sede unica di queste violente sensazioni; da questo partono i raggi numerosi che vanno a tormentare le parti vicine, e qualche volta le molto lontane: l'una e l'altra mascella, i denti, le gengive, la metà corrispondente del palato e della lingua, l'occhio, la fronte, le orecchie, le tempie possono essere simultaneamente o successivamente, ed in un ordine costante la sede di queste irradiazioni simpatiche: esse si estendono anco più lungi quando i parosismi sono più forti, e scuotono a un tempo nel modo il più terribile tutte le parti sensibili della testa. Alcuni autori pretendono che nel tempo di questi insulti le pulsazioni arteriose sono più frequenti nel luogo affetto che nelle altre parti del corpo; ma malgrado l'autorità di Van-Swieten e di alcuni altri medici raccomandabili noi dubitiamo d'una simile asserzione tanto contraria alle leggi della fisica animale. Ordinariamente nel tempo del parosismo l'occhio del lato malato è rosso e sparge qualche lacrima; parecchie goccie d'un umore chiaro colano dalle narici, oppure la bocca si riempie di saliva e di un liquido spumoso e viscoso, secondo che il dolore si fà sentire più vivamente verso il naso, l'occhio o la bocca. Quando tutto un lato della faccia è affetto, le lacrime, la saliva e il mucco nasale possono scorrere contemporaneamente: in altri casi al contrario vi è sospensione completa di secrezioni nelle parti affette; la bocca, l'occhio e le narici sono secche. Si sono veduti de'malati non potere supportare nel tempo dell'accesso nè la luce, nè rumore.

Il dolore non è eguale per tutta la durata del parosismo; in generale aumenta progressivamente ed acquista la sua maggior violenza poco prima di cessare. Esso

non ha in tutti i soggetti ed in tutti i tempi lo stesso grado d'intensità: le passioni vive, un regime calefaciente, i medicamenti attivi, le burrasche ammosferiche rendono gli accessi più gravi, e più ostinati. Quando sono leggeri, le punture simpatiche non sono nè così veementi nè così estese; le contrazioni spasmodiche de' muscoli sono meno forti, spesso anco le fattezze del viso non offrono veruna alterazione. Bisogna bene osservare che le convulsioni non sono un segno essenziale del tic doloroso. Alcuni malati sono in istato di potere trattenere la contrazione de' muscoli, anco negli ascessi i più forti; se quelli obbediscono, ottengono con ciò uua leggera diminuzione de' loro dolori.

Questi dolori non si fanno sentire che per acessi o attacchi. Gli acessi sono ordinariamente molto brevi, non durano al di là di un quarto o di un terzo di minuto, tutto al più di qualche minuto, ma si riproducono a ntervalli spesso vicinissimi: certi malati non hanno inella giornata un quarto d'ora di seguito interamente tranquillo. Si citano vari esempi, ove gli attacchi hanno durato parecchie ore ed anco delle intere giornate. Le cause le più leggere bastano per procurarne il ritorno: il minimo moto delle mascelle, l'azione di parlare, di soffiarsi il naso, d'inghiottire la saliva, di sputare, il semplice toccarsi; le scosse impresse al corpo nel passeggiare, nel cavalcare, qualche volta ancora il vento che soffia sul viso determinano la ricomparsa e l'esasperazione dei dolori. Così gli attacchi sono generalmente molto più vivi e più frequenti il giorno che la notte. Ma tra tutte le cause proprie a produrre questo effetto la più potente è l'atto della masticazione. Gli accessi sono allora sì vicini fra loro, che pare che non ne formino che un solo, la durata del quale è eguale a quella del pasto. Gli sventurati, ne' quali la masticazione risveglia e mantiene questo tormento, temono l'istante del mangiare, e non cedono a questo bisogno se non quando sono pressati dalla fame e non possono più resistere: allora mangiano con una sorta di rabbia.

Ciascun ascesso generalmente termina in una maniera subitanea e comincia nella stessa guisa. Ma qualche volta l' attacco è preceduto da una sensazione particolare e inesplicabile nel luogo affetto. Allora i malati annunziano con spavento l'avvicinarsi del dolore, e non potendovisi sottrarre si sentono esortarsi da loro stessi, con una voce bassa e precipitata, alla rassegnazione ed alla pazienza.

Quando gli attacchi sono frequentissimi i malati diventano tristi ed inquieti: il loro male gli affligge a tal segno che li rende insensibili alle dolcezze della società, ed incapaci di occuparsi di tutt' altro che di loro stessi. Nel tempo stesso si sconcertano le digestioni, si perde l' appetito, sopraggiunge la costipazione, il corpo dimagrisce, e le vigilie aggravano tutti questi mali. Questi sintomi dispariscono o diminuiscono quando li ascessi divengono più rari, o che cessano per un certo tempo. Ma quando persistono portano la disperazione nell' animo del malato, esauriscono le sue forze, e lo conducono a gradi dal marasmo alla morte.

Si è veduto parecchie volte il tic doloroso alternare con un' altra malattia che ne sospendeva il corso, finchè ad essa succedesse l' affezione dolorosa della faccia. Pujol riporta l'osservazione di una signora presso la quale i dolori della gota cessarono più volte per de' mesi interi; ma nel corso di queste intermittenze non mancò mai di risentire de' moti convulsi e non dolorosi in diversi muscoli dell' estremità, ed anche del tronco. Questi moti irregolari cessavano quando il dolore ricompariva al viso coi suoi ordinari fenomeni. Lo stesso autore ha veduto un tic doloroso venire nel tempo di una affezione nervosa di tutta l' economia, e sospenderne tutto a un tratto e parecchie volte i sintomi. Questo tic doloroso occupava ordinariamente un punto variabile dalla pelle capillata, durava circa un mese, poi cessava spontaneamente. Fin che si faceva sentire non si osservava nel rimanente del corpo veruno sintoma spasmodico, ma quando era passato l' affezione nervosa generale ricompariva.

André riferisce l' osservazione d'un malato presso del quale una eruzione vessicolare alla gota con trasudamento sospendeva un tic doloroso. L'eruzione si riaffacciò a più riprese, ed ogni volta la nevralgia cessò di farsi sentire. Una ferita alla testa, un ascesso alla spalla han qualche volta prodotto un simile affetto.

Gli attacchi del tic doloroso divengono ordinariamente più lunghi e più violenti a misura che la malattia acquista dell' antichità. Non di meno qualche volta conservano la stessa intensità e la stessa durata, ed anco divengono un poco meno vivi, ed un poco più lunghi. Thouret (1) cita un esempio di questo genere. Si è anco veduto la malattia estinguersi senza il soccorso di verun rimedio. Sauvage ha veduto un tic doloroso dissiparsi da sè stesso dopo avere resistito a tutti i mezzi terapeutici. Thouret riporta l'operazione di una vecchia zittella che verso l' età di 64 anni fu attaccata da una nevralgia faciale, per la quale furono messi inutilmente in uso parecchi mezzi. In capo a quattro o cinque anni i dolori cominciarono a calmarsi; la malata lasciò Parigi, e qualche tempo dopo si seppe che il male era cessato.

Quando il tic doloroso ha preso il suo sviluppo, si presenta con segni talmente chiari che è impossibile confonderlo con verun' altra malattia; ma disgraziatamente a quest' epoca è quasi sempre incurabile; mentre che attaccato nel suo principio forse sarebbe meno ribelle. È dunque importante moltissimo il far conoscere i suoi primi sintomi.

Si fanno di tempo in tempo sentire in certi luoghi determinati dei tegumenti della faccia alcune vibrazioni momentanee e dolorossime, le quali da questi luoghi si spandono a raggi in diversi sensi, e danno la sensazione che produrrebbe un istromento che ne dividesse le parti: questi sono segni non equivoci che la malattia è nel suo principio: ne danno maggior certezza la mancanza di ogni

---

(1) Memoria della Società Reale di Medicina. Tom. V. pag. 220.

dolore, di ogni sensibilità di malessere nelle parti, dopo che le punture sono cessate, di ogni vizio apparente quando queste si fan sentire. Ma il diagnostico non è così facile quando la nevralgia comincia con dolori fissi e permanenti. È vero che ben presto si aggiungono a questi dolori continui de'dolori dilanianti istantanei e che interrompono questa uniformità, e non lasciano più dubbio sulla natura del male.

Rapporto alle flussioni si devono tenere per sospette quando sono accompagnate da un dolore che sorpassa molto quello prodotto ordinariamente da queste flussioni; quando si fan sentire fortissime punture a intervalli, senza però che ci sia disposizione alla suppurazione; finalmente quando queste punture si portano sulle parti lontane non affette dalla flussione. L'età e la costituzione del malato somministrano lumi bastanti: il tic doloroso non comincia quasi mai prima de' quaranta anni, e non attacca, come abbiamo detto, che persone irritabili e nervose.

Le sole malattie che offrono qualche rassomiglianza col tic doloroso sono il chiodo isterico, l'odontalgia, il romatismo del viso e l'ingorgo muccoso del seno massillare. Io non parlo del tic convulsivo non doloroso: il suo nome indica bastantemente che non può confondersi col altro. Nel chiodo isterico il dolore è fisso, eguale, limitato ad uu piccolo spazio, senza convulsione de' muscoli vicini, senza irradiazioni simpatiche. Se si paragonano attentamente questi caratteri con quelli del tic coloroso, sarà impossibile di prendere una di queste malattie per l' altra. L' odontalgia rassomiglia più al tic doloroso, pure ciò che essenzialmente la distingue è la continuità de' dolori in quella e la loro intermittenza in questo; l'assenza de' denti nel luogo dolente, circostanza molto comune nelle persone affette dal tic doloroso, o perchè essendo già pervenente alla vecchiezza o almeno all' età matura esse han perduto naturalmente una parte de' loro denti; o perchè attribuendo a queste ossa i dolori prodotti dalla nevralgia si son fatti levare inutilmente tutti

i denti che corrispondevano al luogo del dolore. Quanto ai reumatismi della faccia nou sono mai accompagnati da moti convulsivi. Il dolore che li caratterizza è continuo, più forte la notte che il giorno, aumenta per la pressione, vi si unisce qualche volta dalla tumefazione, mentre non si osserva nulla di simile nel tic doloroso. Finalmente nell' ingorgo muccoso del seno massillare non esistono mai convulsioni; il dolore è continuo, ordinariamente eguale, quasi sempre oscuro; esso sopraggiunge spesso inseguito d'una corizza, ed è accompagnato da aridità della narice corrispondente. Il diagnostico è ancora più facile in questo che nel caso precedente.

Abbiamo detto che il tic doloroso abbandonato a sè stesso durava quasi sempre quanto la vita. I rimedi numerosi che sono stati proposti contro questa affezione procurano qualche volta del sollievo, ma raramente una completa guarigione. Dopo ciò s' intende quanto è disgustoso il prognostico di una malattia al tempo stesso grave e ribelle, soprattutto quando si considera che un deperimento rapido ne è qualche volta l' effetto, e che gli attacchi non possono essere vivi e prolungati senza mettere in pericolo l' esistenza del malato.

Da questa difficoltà di guarire il tic doloroso ha dovuto nascere quel numero prodigioso di rimedi che gli si sono opposti. Parliamo solamette de' principali. Gli antispasmodici e i narcotici sono i primi ai quali si è dovuto ricorrere. Si possono impiegare all' esterno in linimenti, fomente, impiastri, cataplasmi; all' interno sotto diverse forme: le tinture di castoro, il muschio, l' etere solforico, l' ossido sublimato di zinco, l' arnica, il sal sedativo (acido boracico) sono stati preconizzati da diversi autori che sembra che ne abbiano ottenuti buoni effetti. Non ostante Pujol ha generalmente condannato l' uso di questi rimedi, che sono tutti più o meno eccitanti, ed ha preferito con ragione i rimedi calmanti e narcotici. Si deve però fare una scelta fra questi ultimi, e non fare uso indistintamente di tutti quelli che sono stati raccomandati. Così, malgrado gli elogi dati all'aconito

ed alla cicuta di Storck, e alla belladonna da Baldinger, io penso che questi medicamenti essendo al tempo stesso narcotici ed acri sono meno indicati che il siroppo di ninfea, l'estratto di giusquiamo, il siroppo diacodio, quello di carabe, e tutte le preparazioni d'oppio che godono solamente d' una proprietà calmante. La violenza de'dolori obbliga di amministrare da principio questi rimedi in dosi un poco forti, e di aumentarle progressivamente a misura che l' abitudine ne diminuisce l'effetto. Se si arriva mediante questi rimedi a calmare la forza dei dolori, e a diminuire la lunghezza degli accessi, si deve insistere sul loro uso, senza però sperare di ottenere una guarigione completa, quantunque ciò non sia senza esempio. Infatti M. Meglin (1) ha impiegato con pieno successo in dieci malati del pillole composte con parti eguali di ossido sublimato di zinco, e di estratto di giusquiamo nero, al quale qualche volta aggiungeva l' estratto di valeriana silvestre. Da principio faceva prendere mattina e sera una pillola d' un grano, poi due, tre, portando il nnmero fino a quaranta per giorno. Altri medici hanno ottenuto degli offetti soddisfacienti dalle pillole di Meglin. Se questi fatti non bastano per istabilire l' efficacia di questo rimedio, devono almeno richiamare l'attenzione dei pratici.

Gli evacuanti sono stati impiegati nel tic doloroso tanto a ragione di qualche indicazione particolare, quanto come mezzo perturbatore. Nel primo caso erano diretti contro una malattia estranea alla nevralgia; nel secondo contro la stessa nevralgia. Quantunque questi rimedi sembrassero poco idonei a produrre la guarigione del tic doloroso, pure è ben dimostrato che qualche volta hanno dissipata questa affezione. Alessandro Monro d'Edimburgo, la di cui testimonianza è di un gran peso, ha guariti parecchi tic dolorosi prescrivendo ai malati

---

(1) Giornale di medicina de Signori Crovisart, Leronx e Boyer. Tom. 22. Ricerche ed osservazioni sulla nervalgia faciale.

un emetico, e facendo loro prender un forte purgante dopo che l' emetico aveva cessato di agire. Monro era stato condotto a questo metodo dopo ciò che egli stesso aveva osservato sopra di sè. Egli racconta che essendo stato assalito da un forte dolore alla parte destra della faccia, ed avendo osservato che questo dolore ritornava ogni giorno alla stessa ora, e cessava in capo ad un tempo eguale, si fece un salasso di dieci once e prese un emetico prima del parosismo, affine di prevenirne il ritorno. Il dolore nonostante ritornò e continuò a farsi sentire finchè l'emetico non cominciò ad agire inferiormonte: allora il dolore diminuì a misura che le escrezioni alvine divennero più numerose: gli accessi più non comparvero. Questo metodo può essere tentato sensa inconveniente: se non se ne ritrae tutto il vantaggio che pare averne promesso Monvo, almeno è cosa sicura che non è pericoloso.

Quanto al salasso non si potrebbe praticarlo in tutti i casi indistintamente senza i più gravi inconvenienti. Esso non è indicato che nelle persone pletoriche al princìpio della malattia, oppure quando la soppressione d'una emorragia abituale ha preceduto l' apparizione del tic doloroso, e ne può essere riguardata come la causa. Spesso allora le sanguigne locali sono preferibili alla flebotomia o devono esservi unite.

L' efficacia della china nella cura delle malattie periodiche ha indotto all' uso di questo medicamento nel tic doloroso, il di cui corso è essenzialmente intermittente. M. Bertrard chirurgo a Mery sulla Senna tentò questo rimedio in una donna soggetta da diciotto anni a un tic doloroso, i cui attacchi cominciavano a nove ore della mattina, e finivano a sette ore di sera. La malata aveva avuto molte volte delle intermissioni molto lunghe. ma il tic ricompariva e con gli stessi sintomi, e nelle stesse parti. I salassi, i purganti, i narcotici non avevano prodotto veruno effetto, ed un vescicante applicato recentemente alla nuca non aveva dato un miglior risultato. Bertrand prescrisse la china ed ottenne

una sollecita guarigione. Pujol ha data parimente la china con successo a un curato delle vicinanze di Castres.

Ma questo rimedio non può convenire in tutte le nevralgie. Perchè produca de' buoni effetti sono necessarie due circostanze: la prima è che il dolore abbia un corso regolare e periodico; la seconda che lo stomaco e gl' intestini non sieno imbarazzati. In conseguenza ogni volta che gli attacchi ricompariscono senza ordine, ed ogni giorno a riprese, la china non potrà convenire. Quando le prime vie non saranno libere, bisognerà, come nelle febbri intermittenti, procurare le convenienti evacuazioni prima di fare uso di questo rimedio. Si potrà ancora in qualche caso unirla al rabarbaro, o a qualche purgante quando dopo le prime evacuazioni i sintomi biliosi non fossero completamente dispársi.

La virtù febrifuga dell' arseniato di potassa ha portato qualche volta i medici ad usare questo rimedio nella cura della nevralgia faciale. Qualche successo pare che abbiano portato i primi tentativi: bisogna che gli esperimenti che sono stati fatti doppo non abbiamo avuto sempre de' buoni risultati, poichè è già caduto in oblio. Io ho una volta fatto uso dell' arseniato di potassa, senza che il malato, gli attacchi del quale per dire il vero non erano periodici, abbia trovato il minimo sollievo, pure l' ho amministato per lungo tempo e a dosi molto forti. L' arseniato di potassa mi pare almeno inutile in tutti i casi ne' quali il ritorno degli attacchi non ha nulla di regolare; e molto meno efficace della china in quelli ne' quali sono periodici. D' altronde questo rimedio non è senza pericolo.

Le frizioni mercuriali sono state molte volte praticate con successo contro il tic doloroso inveterato e che aveva resistito a molti altri rimedi. Siebold (1) ri-

---

(1) *Doloris facici, morbi rarioris atque atrocis adumbratio. Diatriba prima.*

porta l' osservazione di una donna di trentacinque anni, la quale dopo lunghe e numerose cure guarì d' una nevralgia faciale nello spazio di quindici giorni con frizioni mercuriali fatte alle gengive secondo il metodo di Clare. Starck ha ottenuto dallo stesso rimedio un successo simile contro un tic doloroso non meno ostinato (1): in questo caso la malattia si riaffacciò in capo a tre anni, e si ricorse di nuovo alle frizioni mercuriali, che questa volta fecero in due settimane sparire il male per sempre. Weisse riporta ancora un' altra osservazione, nella quale il dolore, dopo aver lungo tempo resistito ai mezzi ordinari, cedè quasi subitamente alle frizioni d' unguento napoletano. In tutti i casi ne'quali il mercurio ha prodotti sì felici resultati la malattia non aveva ella forse una origine venerea, per quanto gli autori che riportano queste osservazioni non ne parlino? Altrimenti bisognerebbe supporre che una affezione puramente nervosa avesse ceduto al mercurio, supposizione che almeno è inverisimile. Aspettando che l'esperienza e il tempo abbiano decisa questa questione, riporteremo due osservazioni che sostengono l' opinione che ho emessa: sono queste inserite nel quarto volume della collezione periodica della società di medicina, e si devono al Sig. Waton.

Questo medico fu consultato da un capitano di infanteria che soffriva da diciotto mesi un tic odoroso del lato sinistro, e che aveva inutilmente impiegato tutti i rimedi ordinari. M. Waton interrogò attentamente il malato ed apprese da lui che aveva parecchie volte contratto il mal venereo, senza essersi mai sottoposto ad una cura regolare. Giudicò che gli accidenti attuali dipendevano da questa causa, ed ordinò al malato di fare delle frizioni, a di prendere due bagni per giorno. Nella settima frizione i sintomi si addolcirono, e alla deci-

---

(1) Weisse, *Dissertatio inauguralis medica de prosopalgia.*

manona disparvero. Si continuò per qualche tempo colli stessi rimedi per prevenire il ritorno del dolore.

Lo stesso rimedio fu adoprato con egual successo per una signora che da sei anni era tormentata da un tic doloroso, e che antecedentemente aveva contratta una affezione venerea, i sintomi della quale tutta via persistevano. All' epoca in cui fu consultato il Sig. Waton la malata soffriva ogni notte de' dolori osteocopi, e di più aveva un' ulcera venerea al velo palatino. Essa fu sottoposta alle frizioni mercuriali: i sintomi venerei e la nevralgia cederono simultaneamente a questo rimedio.

La calamita fu adoprata contro il tic doloroso all' epoca in cui le lastre calamitate erano applicate alle cure della maggior parte delle malattie nervose. I primi saggi parve che producessero effetti maravigliosi, ma nuovi tentativi non confermarono questi felici risultati: e in capo a qualche anno si veddero ricomparire i dolori in quelli che erano stati indicati al pubblico come completamente guariti da questo nuovo rimedio (1). Ora che il prestigio che circonda sempre la novità è sparito, si può valutar giustamente l' uso delle lastre calamitate; esso è stato di sollievo a qualche malato, ed ha guarito anco qualcheduno, ma quasi sempre ha agito sulla immaginazione de' malati. L' elettricità proposta da Pujol è stata di rado posta in uso per la cura del tic doloroso. Il silenzio assoluto che han conservato quelli che ne hanno fatto uso prova che non ne hanno ottenuto vantaggio veruno.

Sono stati proposti molti topici contro il tic doloroso, gli uni solamente per diminuire la violenza del dolore al momento del parosismo, gli altri per allontanare e prevenire il ritorno dell' attacco. Fra i primi si citano soprattutto le frizioni coll' etere, con un lini-

---

(1) Mém. de la société roy. de Méd 1776, 1779; 1, e 2. Memoria di M. Thouret.

mento oleoso e ammoniacale, i cataptasmi di giusquiamo spruzzati di laudano. Molti malati si contentano di appoggiare con forza la mano sulla gota dolente: Fouquet di Montpellier ha ottenuto buoni effetti dal ghiaccio; ogni applicazione fatta nel tempo dell'attacco rendeva più sopportabile il dolore. Fra i topici destinati a prevenire e a ritardare il ritorno degli attacchi si devono contare i rubefacienti e i vescicanti. Questi mezzi sono stati utili in diversi malati, ma vi è mancato molto perchè fossero i loro effetti costanti e permanenti.

Sono stati parimente applicati de' cauteri, de' vescicanti, de' moxa alla nuca collo scopo d' impedire gli attacchi determinando altrove una forte irritazione. In parecchi casi questi mezzi hanno avuto un pieno successo; altre volte (1) hanno solamente procurato una diminuzione sensibile nella frequenza e nella intensità de' dolori (2); altre volte poi non se ne è veduto effetto veruno. M. Hamel nella sua dissertazione sulla nevralgia faciale dice aver veduto che l' applicazione d'un moxa sul luogo stesso del dolore non aveva portato alcun sollievo. Io ho più e più volte applicato un vescicante, un setone o il moxa alla nuca senza ottenerne il minimo vantaggio. Nè sono stato più felice portando il moxa sulla tempia istessa d' una signora di quasi cinquanta anni, nella quale questa regione era la sede del dolore.

L' insufficienza della maggior parte de' rimedi che abbiamo indicati e di parechi altri ancora ha portato i chirurghi a tentare la sezione del nervo affetto, ed anco a distruggerlo o toglierlo in una certa estensione. La semplice divisione del nervo doloroso è stata immaginata ed intraprsa da Marechal verso la metà dello scorso secolo. André ha fatto conoscere due casi nei quali questo celebre chirurgo fece questa operazione, che non

---

(1) Brieude citato da Thouret. Mem. della società reale di medicina, Tom. v, pag. 218 e seguenti.

(2) Luogo citato pag. 220 altra osservazione di M. Andry.

ebbe verun buono effetto. È vero che essendosi contentato di fare nel tragitto conosciuto di questo nervo una semplice puntura, può essere avvenuto che non abbia tagliato il nervo, come si era proposto: ma la stessa operazione praticata inseguito colle convenienti avvertenze non ha portato che un sollievo momentaneo, e qualche volta ha determinati ancora degli spiacevoli accidenti. Comunque siasi si è generalmente riconosciuta l' insufficienza della semplice divisione del nervo, e si è compresa la necessità di ricorrere ad un mezzo più efficace. Con questo scopo André applicava la pietra da cauterio sul tragitto del nervo, e lo cauterizzava in una certa estensione, ed altri collo stesso scopo si sono serviti di un ferro infocato per produrre lo stesso effetto: con questa stessa veduta si è parimente sostituita l' ablazione di una porzione del nervo alla sua semplice incisione.

La cauterizzazione secondo il metodo di André ha l' inconveniente di produrre una deformità molto più grande, che quella che succede all' ablazione di una porzione di nervo; ma però offre più sicurezza nell'esito; essa non solo distrugge tutta la grossezza del nervo in una certa parte della sua lunghezza, ma eziandio attacca tutti i filetti nervosi che ne derivano in una estensione assai considerabile, e che potendo partecipare della malattia di quello, sarebbero come il tronco principale suscettibili di mantenere il dolore dopo la resezione di quello. Nè è solo il raziocinio che mi porterebbe a dare la preferenza alla cauterizzazione; l' esperienza giustifica questa preferenza, e per convincersene basta paragonare i resultati ottenuti da André, con quelli che tutto dì si ottengono coll' altro metodo.

Quest'ultimo ha ancora un' altro inconveniente; ed è l' estrema difficoltà della esecuzione. Io so che in generale si suole riguardare come nullo, o come leggero questo inconveniente, e che si suppone che questa difficoltà possa disparire fra mani molto abili; ma i chirurghi i più istruiti non eseguiscono questa operazione

se non con moltissima pena, e spesso la terminano senza avere la sicurezza di avere portato via il nervo malato. Io stesso l' ho praticata sul nervo frontale, al suo uscire dal foro orbitario superiore, per una nevralgia susorbitaria, dalla quale era attaccato fino da molto tempo un uomo di quarantatrè anni. Il dolore rimase sospeso per più mesi, ma ricomparve in seguito con altrettanta forza quanto prima. M. Roux ha fatta la stessa operazione nello spedale della Carità a tre diverse epoche sopra un giovane di ventitrè anni, prima al nervo mentoniero, poi al nervo susorbitario, e più tardi alla dura porzione del settimo paio. La prima di queste operazioni procurò una calma di tre mesi; la seconda non sospese neppure i dolori, e il sollievo che fu conseguenza della terza cessò dopo che fu cicatrizzata la ferita. Ne' due ultimi casi non si potè avere la certezza assoluta che il nervo fosse stato tagliato: si credè riconoscerlo al piccol lembo di parti molli che portò via. Ma rimasero su tale oggetto alcuni dubbi che fu impossibile di schiarire malgrado tutta la possibile attenzione.

Dopo ciò si vede quante sono le varietà de' metodi di cura proposte contro il tic doloroso, e quanto ne è difficile la guarigione. Qualche volta dopo avere resistito a parecchie cure, i dolori spariscono nel tempo che si fà uso di rimedi quasi insignificanti. In tal guisa ho veduto un tic doloroso che occupava tutto il lato destro del viso da undici anni, e che aveva resistito ad un gran numero di rimedi, sparire dopo l' applicazione di un cataplasma composto di farina di semi di lino, di acqua di malva, di sapone e di solfuro di potassa; mezzo che ho usato in parecchi casi senza verun successo. Altre volte i dolori cessano dopo che i malati hanno rinunziato all' uso d' ogni rimedio, e pel solo benefizio della natura. Simili fatti devono premunire il chirurgo contro gli elogi che prodiga senza considerazione il pubblico a certi rimedi, che non hanno avuto altro merito se non di essere impiegati all' epoca, in cui il male doveva diminuire o sparire.

Vi è ancora un' altra circostanza che importa di non obliare; ed è che dopo avere la malattia cessato per qualche mese, ed anco per qualche anno, può ritornare tutto ad un tratto, e che è importantissimo di sottrarne i malati a tutte le cause che possono procurarne il ritorno. In conseguenza si raccomanderà alle persone che sono state attaccate da un tic doloroso di scansare il freddo; di non esporsi al vento; di prendere alimenti dolci, facili a digerirsi; di astenersi dai liquori alcoolici, dal caffè; di non darsi in braccio alle violente passioni, e sopra tutto alla collera; di fare uso frequente dei bagni domestici. Le istesse cure sono assolutamente necessarie durante il periodo degli accessi, ed i malati pagano quanto prima i più piccoli sbagli che commettono riguardo a ciò. Sarebbe quasi inutile il dire che nel tempo dei parossismi il malato deve stare in silenzio, o evitare almeno le conversazioni romorose, non cibarsi che di minestre, di pappe, di polpa di frutti, alimenti tutti che non richiedono alcuno sforzo per parte della masticazioue.

ARTICOLO VIII.

Delle Malattie dei Denti.

Nel numero di queste malattie ve ne sono, che hanno rapporto colla dentizione, altre che attaccano la sostanza dei denti, oppure le parti che servono a fissarli nella situazione che occupano. Questo è l' ordine che noi terremo trattando successivamente queste affezioni, che costituiscono una branca particolare della chirurgia. Quelle persone che amano farne uno studio particolare devono ricorrere alle opere degli odontalgici.

La dentizione, ossia la protusione dei denti dai loro alveoli ha luogo qualche volta senza dolore alcuno, senza alcuno sconcerto nella salute; spesso è accompagnata da qualche leggero accidente, ed in qualche caso da sintomi gravi e allarmanti. Parleremo in primo luogo

dei fenomeni della prima dentizione, e poi di quelli della seconda.

L'eruzione dei primi denti si annunzia ordinariamente con un poco di calore alle gingive, con un pizzicore che obbliga il bambino a portare spesso le mani alla bocca. La saliva sgorga in abbondanza; talora gli starnuti si ripetono a brevi intervalli; le gote, sono alternativamente rosse, e pallide; la quantità dell'orina si fà maggiore; sopraggiunge lo scioglimento di ventre, in qualche caso uno scolo muccoso dalla vulva, ed un'eruzione sulla testa, ovvero sopra un'altra parte del corpo. Il piccolo malato chiede, ed abbandona ad ogni istante il seno della nutrice; piange, impazientisce, soffre delle paure, si risveglia a scosse, ec. Esaminando la bocca si scorge un appianamento circolare delle gingive, e un leggero colore rosso sul punto in cui devono uscire i denti; questo colore prende una tinta più decisa, e tal volta anche pendente in blù a misura che il dente comprime maggiormente il tessuto delle gingive, e queste divengono progressivamente più sensibili, e più dolorose: in fine nel sito in cui il dente è per comparire, il tessuto che lo ricuopre si fà biancastro, e a poco a poco si comincia a scorgere l'apice della corona.

I sintomi determinati dalla protusione dei primi denti non sono sempre egualmente moderati. Qualche volta hanno una intensità maggiore, ed accompagnati sono da altri accedenti che mettono in pericolo la vita del bambino. Ed infatti, allorchè la prima dentizione è laboriosissima, il gonfiamento delle gingive si estende alle gote, alle amiddali, alle parotidi, a tutta la faccia, ed alla parte superiore del collo; la respirazione si fà incomoda, il sonno è interrotto; la febbre si accende, sopraggiunge il delirio, terribili convulsioni, e talora un assopimento anche più terribile.

Il trattamento deve essere subordinato alla natura degli accidenti. Dimodo che, quando vi è solo una leggera gonfiezza inflammatoria, e del dolore alle gingive, basta applicare sulle parti delle sostanze dolcificanti,

come del miele o dei fichi bene sviluppati cotti nel latte. Se le gingive hanno bisogno di essere eccitate, si daranno a masticare dei corpi duri, come per es. delle croste di pane. Trattandosi di pletora generale, converrebbe praticare una sanguigna dal braccio; e nel caso di congestione sanguigna alla testa, bisognerebbe applicare delle mignatte alle tempia o dietro le orecchie, si amministrebbe un vomitatorio o un purgante quando esistesse o un imbarazzo grastico, o un imbarazzo intestinale. In ultimo, qualora l'irritazione de' nervi dentali fosse la causa dei sintomi gravi che si manifestano, farebbe d'uopo ricorrere agli antispasmodici, ai calmanti, ed ai bagni.

In qualunque caso, insisteremo sull'uso di questi rimedj; e se non producono l'effetto che se ne aspetta, s'inciderà la gingiva sul dente che deve uscire, e si taglieranno tutte le parti che ricuoprono l'apice della corona. È stato osservato che la semplice incisione non è sempre bastante, e che gli accidenti persistono fino a che sia stato tolto tutto ciò che aderisce tutt'ora alla corona. Hunter fù obbligato a praticare l'incisione fino in dieci volte in un caso di questa specie, nel quale una sola operazione sarebbe bastata al certo se fosse stata praticata secondo il metodo che viene consigliato da noi. Per procedere a questa operazione, si fà tenere da un ajuto la testa del bambino; il chirurgo situa profondamente in bocca, fra le due mascelle, un pezzo di sughero; con i diti della mano sinistra tiene slontanate le labbra, la lingua e la gota; porta il bisturino in bocca, e pratica un incisione cruciale sopra ogni uno dei denti che sembrano inalzarsi; deve aver cura di pigiare collo strumento con tanta forza da poter penetrare fino al dente; solleva quindi colla pinzetta, col bisturino dissecca, e porta via ogni uno dei lembi. Questa operazione è susseguita da lieve emorragia, che non obbliga mai ad istituire dei tentativi per arrestarla.

La seconda dentizione è accompagnata in generale da maggiori dolori della prima, ma è ben più raro che

dia luogo a pericolosi accidenti, e che sopra tutto metta in forse i giorni del malato. I molari della seconda dentizione stretti fra gli altri denti, o per l'angustia degli ossi massillari, cagionano più frequentemente degli accidenti al momento della loro uscita di quello che gl' incisivi, ed i canini. È da osservare che sono gli ultimi molari, o denti della saviezza della mascella inferiore, che producono dei gravi accidenti. Questa osservazione non sorprenderà punto, se si fà attenzione alla conformazione delle parti: l'arcata alveolare superiore è disposta in modo che niente si oppone all' uscita dell' ultimo dente; non è però la stessa cosa riguardo all'ultimo molare di sotto: stretto questo fra il vicino dente e l' apofisi coronoide, trova sovente degli ostacoli insormontabili, e solo col portar via il primo si apre all' altro un passaggio, e si mette fine a qualunque sconcerto. Le malattie occasionate dalla seconda dentizione non richiedono d' altronde cure diverse da quelle che s' impiegano per le malattie dipendenti dalla prima, con questa differenza però, che invece d'incidere la gingiva, fà d'uopo portar via il dente della prima dentizione.

Il lavoro della dentizione determina qualche volta nelle diverse parti del corpo dei fenomeni simpatici tanto più bizzarri, in quanto che nessun dolore si fà sentire nel luogo che è la vera sede del male, e che talora non vi ha cosa alcuna che conduca il medico a sospettarere sulla natura della malattia, fino a che la spontanea uscita di un dente, o l' incisione dei tegumenti che lo nascondono, la fanno dileguare. Hunter cita l' osservazione di un bambino che da più mesi andava soggetto a delle spasmodiche contrazzioni nei muscoli flessori dei diti, e dei pollici dei pedi; varj rimedj erano stati messi in uso senza ottenerne successo: Hunter incise le gingive fino ai denti, e in meno di una mezz' ora tutti i sintomi si calmarono. Ricomparvero è vero dopo la cicatrizzazione dei labbri della ferita; ma una nuova incisione fu seguita da durevole successo. Un' altro pargoletto aveva uno scolo di marcia dal canale dell' uretra, tutte le volte che un

nuovo dente era nel punto di comparire. Delle persone sono andate soggette a degl'ostinati dolori di testa, che non sono finiti che colla protusione di un qualche dente. In altri individui si sono manifestati dei fenomeni diversi, niente meno straordinarj, prodotti dall'istessa causa, e che sono rimasti vinti nell'istessa guisa. Eccone uno che ho osservato io stesso: Un giovine nell'età di 14 anni fù colpito da un violento dolore sul vertice del capo che simulava una nevralgia. Questo dolore avendo resistito a varj rimedj, furono riuniti diversi consultori; proposero taluni l'applicazionc del moxa sul lnogo doloroso, altri la trapanazione, diversi un vescicante. Veruno di questi rimedi era stato ancora messo in uso, quando l'eruzione di un dente molare inferiore, mettendo termine agli accidenti, fece palese la causa vera della malattia.

La viziosa posizione dei denti deve essere considerata qual malattia propria della seconda dentizzione; ordinariamente è il risultato della resisteuza dei denti di latte o della loro cattiva direzione; qualche volta dipende dalla parvità degli ossi massillari, e talora anche da una conformazione, o da una situazione primitivamente viziosa degli stessi secondi denti. Questi denti rimangono nascosti allora negli alveoli, ciò che accade quando le loro corone non sono voltate verso il margine alveolare, o che crescano tenendo una direzione obliqua, oppure che formano co'primi denti che persistono una doppia fila. Nel primocaso non vi è rimedio; nel secondo, si applica sul dente deviato una lamina metallica che ha il suo punto d'appoggio sui vicini denti, e lo riconduce a poco a poco alla situazione che deve avere; nel terzo caso, bisogna procedere all'estrazione del dente di latte. Si deve ricorrere pure all'evulsione dei denti di latte ogni qualvolta non cascano all'epoca in cui li altri cominciano a svilupparsi; questa operazione previene certissimamente qualunque difformità quando è praticata a tempo; più tardi può divenire inutile, specialmente se i denti sono rinchiusi nell'istesso alveolo.

Malattie della sostanza dei denti.

Le principali malattie della sostanza dei denti sono le fratture, la consumazione, l' erosione, l'alterazione di colore, e la carie.

— La frattura dei denti può essere cagionata da una percossa, da un corpo duro situato fra loro nel tempo della masticazione, e più d' ordinario dall' azione della leva, ovvero del pellicano. Allorchè la frattura è limitata ad una porzione della corona, il frammento che non è attaccato alla radice si separa completamente dal restante del dente, e più non può riunirvisi; in questo caso non v' è da fare altro, che pulire colla lima la superficie del frammento superstite, onde impedire che le inegualità non feriscano le labbra, e la lingua. Se la cavità del dente trovasi aperta in consegnenza della caduta del frammento, bisognerebbe portarvi un qualche caustico, o anche il cauterio attuale, all' effetto di distruggerne la sensibilità, ed in seguito impiombarla per far si che gli alimenti non vi penetrino.

Quando la frattura si estende ad una porzione della radice, i due frammenti restano fissi nell' alveolo, o per lo meno ritenuti dalle parti molli. Si trovano qualche volta a contatto, e basta di circondarli per mezzo di un legame metallico, o di varj fili di seta, onde assicurarne l' immobilità; nel caso che vi sia slontanamento fra le due porzioni del dente, fà d' uopo dopo averle ravvicinate, di legarle insieme, ed allontanare qualunque causa che potesse ritardare, oppure impedire la guarigione. Credevano gli antichi che le fratture dei denti non fossero suscettibili di riunirsi, ciò che è vero della corona, e non della radice. Diversi fatti autentici provano che le fratture le quali si estendono alla radice si consolidano benissimo, ed anche in poco tempo. Jourdain ed il Sig. Duval riportano delle osservazioni di denti fratturati al loro collo, e di cui i frammenti furono riuniti in breve corso di giorni. Jourdain ebbe occasione di

esaminare un dente che era stato fratturato, e del quale aveva ottenuta la riunione; riconobbe distintamente il calloso risarcimento dei frammenti. In qualunque caso in cui i due frammenti comprendono l'uno, e l'altro una porzione della radice, si deve, anche quando uno di essi fosse separato quasi completamente, ravvicinarli come conviene, mantenerli a contatto per mezzo di un filo di seta, o di metallo che gli stringa fortemente e gli unisca pure ai denti vicini qualora sia necessario. È sempre indispensabile di tenere affatto immobili le mascelle, di evitare qualunque specie di masticazione, di non nutrirsi che di minestre e di pappe, ed ancora di stare in profondo silenzio; sarebbe a proposito l'impedire l'abbassamento della mascella inferiore per mezzo di una fasciatura a fronda. Alcuni autori hanno distinta l'*intaccatura* dalla frattura, ma questa distinzione non ha veruna utilità.

— La consumazione dei denti risulta dal confricamento reiterato che succede parlando, e sopra tutto nel tempo della masticazione. Lo stridere dei denti che ha luogo abitualmente presso certe persone mentre dormano, la rendono più rapida ancora.

La consumazione dei denti è proporzionata alla proeminenza che hanno, ed alla disposizione degli opposti denti: è molto apparente su quelli che sono più lunghi; è appena visibile sui più corti; non attacca quelli, che per l'estrazione, o la caduta spontanea dei denti corrispondenti, non sono soggetti a verun confricamento. La consumazione è molto più marcata nei denti degli adulti, che nei denti della prima dentizione. Su questi ultimi, non è nemmeno ben manifesta, in generale, che verso i cinque o sei anni, poco prima della loro caduta.

Fintanto che la consumazione non è molto considerabile, non produce alcun dolore, ma quando fà dei grandi progressi, rende dolorosa la masticazione, addiviene una malattia, e raclama le cure dell'arte. Si può cuoprire allora la sommità della corona con una foglia

d' oro che sospende i progressi della consumazione, oppure forare il dente ed introdurre nella di lui cavità un qualche caustico onde distruggere i nervi che vi si distribuiscono. Allorchè è stato impiegato questo ultimo metodo, non bisogna quindi trascurare d' impiombare la cavità del dente all' affetto d'impedire agli alimenti d'introdurvicisi e corrompervisi.

La consumazione della radice dei denti presso i bambini non è già una malattia; egli è solo un fenomeno della dentizione che appartiene alla fisiologia, e su cui non dobbiamo trattenerci.

Le cose sono diverse riguardo alla consunzione della radice dei denti presso i vecchi, e gli adulti. Si tratta quì di una vera malattia ora caratterizzata da piccole asperità che si vedono all' estremità della radice, con leggera deperdizione di sostanza, ora da un alterazione assai più estesa alla radice. In quest' ultimo caso, la superficie malata circondata si trova da una cercine analoga agli orli callosi di una piaga, ed è tuffata in un liquore che è contenuto in una specie di piccala cisti aderente a questa cercine, ed all'alveolo. Queste due specie di consunzione della radice dei denti, e specialmente la seconda, cagionano un vivissimo dolore che aumenta nel tempo della masticazione, e nella percussione e che obbliga ad avere ricorso all' estrazione del dente, quantunque sembri sano. È questo il solo mezzo di porre fine ai dolori insopportabili che accompagnano una tale malattia.

— Si dà il nome di *erosione* ad una lesione di struttura dei denti, caratterizzata talvolta da linee salienti, ondulate e trasversali sulla corona dei denti; ora da scannellamenti di superficie ineguale, o da incavamenti punteggiati, altre fiate in ultimo dallo scomparire che fà totalmente lo smalto, dall' assottigliamento del dente, l' ineguaglianza di grossezza fra i denti simili, e la forma appuntata degl' incisivi. Questa lesione è dovuta ad un vizio ereditario, ovvero ad altre malattie acute o croniche, come il vajolo, lo scorbuto,

la rachitide. Se le cause agiscono durante l'ingrossamento, o nei primi mesi della vita, i denti di latte portano l'impronta dell'erosione; se una grave malattia si sviluppa nel tempo della seconda dentizione, accade di scorgerne delle vestigie nei secondi denti. L'erosione dei denti non è suscettibile di guarigione. Si potrebbe al più prevenirla combattendo le cause che tendono a produrla, allorchè i denti sono sempre rinchiusi negli alveoli.

— Fra tutte le malattie dei denti la più frequente è la carie, che consiste nella distruzione graduale della loro sostanza. Dei Chirurghi hanno pensato che la carie potesse essere l'effetto di certe cause esterne, talchè una contusione, il contatto di un corpo freddo, l'azione di un acido; ma si crede con maggiore verosimiglianza, che la carie dipenda quasi sempre da una disposizione interna che è impossibile di conoscere. Sappiamo solo che i ragazzi ed i giovinotti vi sono esposti più che le persone di età matura, e che la carie non si sviluppa quasi mai dopo il cinquantesimo anno. È stato pure osservato che i denti incisivi della mascella superiore vi sono molto più soggetti di quelli della mascella inferiore, ed i molari più soggetti ancora di tutti li altri. L'osservazione prova eziandio che ben sovente, quando un dente è affetto da carie, quello del lato opposto esperimenta la medesima alterazione, e quasi nell'istesso tempo, mentre i vicini denti rimangono sani.

In qualche caso sembra che la carie si trasmetta pel contatto di un dente malato, al punto corrispondente di un dente sano, ma spesso si vede pure che i denti contigui rimangono intatti.

La carie comincia quasi sempre all'esterno, ed assale primieramente una piccola porzione della superficie del dente. Comincia essa ordinariamente sotto l'aspetto di una macchia di un colore bianco opaco; succede a questa macchia una depressione in fondo alla quale la sostanza ossea è allo scoperto, ed assume quanto prima un colore bruno o nerastro. Questa prima

macchia, che annunzia la carie, attacca diverse parti della corona secondo i denti che ne sono la sede; nei molari è ordinariamente nel fondo di una qualche piccola cavità della loro superficie triturante che si comincia a scorgerla; negl' incisivi, appare il più sovente sul lato del dente vicino al suo collo: accade però qualche volta che la carie comincia nell' interno del dente; in questo caso, la di lui sostanza addivien nera quantunque conservi sempre il suo polito. La carie non attacca quasi mai la radice dei denti: si vede ordinariamente che si arresta, allorchè ha distrutta tutta la corona, le radici rimanendo intiere nei loro alveoli, spesso per più anni.

Fintanto che la carie non è giunta alla cavità del dente, non ne risultano che oscuri dolori, e che non si manifestano che in certe date circostanze, come per esempio nel tempo del contatto di certi corpi, o nel tempo di compressione. Ma appena che la cavità è allo scoperto, sopravviene in generale molto dolore, ed altri sintomi più o meno pericolosi, che però non sono costanti; mentre si scorgono in certi casi dei denti distrutti per intiero dalla carie senza che verun dolore abbia accompagnata, o preceduta una tanto considerabile alterazione. Di rado per altro accade in tal guisa: quasi sempre arrivata quell'epoca in cui penetra la carie nella cavità del dente, sopraggiungono dei vivissimi dolori, ora continui, ora intermittenti, e qualche volta accompagnati da infiammazione molto intensa delle parti molli che avvicinano il dente, delle gingive, delle gote, delle glandule parotidi e massillari, degli ossi massillari stessi. Allora la bocca può appena aprirsi a metà, la secrezione della saliva è aumentata, e l' occhio quasi del tutto chiuso. Questa infiammazione si dissipa grado, a grado, e và soggetta alla recidiva dal momento medesimo in cui il dolore de' denti si fà di nuovo sentire con violenza.

Le persono che hanno uno, o più denti cariati hanno d'ordinario il fiato fetidissimo. Questo fetido odore dipende, o da porzioni di alimenti che soggiornano nella

cavità, ovvero da un liquido sanioso che la morbosa superficie esala. Nel primo caso, un tale inconveniente sparisce coll'ajuto di un estrema polizia, o meglio anche coll'impiombare il dente; nel secondo quest'ultimo mezzo non può convenire: si opporrebbe il piombo allo scolo della sanie, e cagionerebbe dei sconcerti; bisogna contentarsi d'introdurre nella cavità del dente una pallottolina di cotone impregnata di un essenza qualunque.

Altra volta erano state ammesse due sole specie di carie dei denti, cioè, la carie secca e la carie umida o putrida. Il Sig. Duval, tanto commendabile per lo zelo che impiega onde progredisca quell'arte che con somma distinzione coltiva, ha proposto di ammettere sette specie di carie, ad ogni una delle quali ha dato un nome particolare, proprio a determiuarne il principale carattere. Ecco le sette specie che egli considera:

1°. Carie calcarea, caratterizzata da una depressione circolare, in cui lo smalto è friabile, e più bianco che in stato di salute;

2°. Carie scorticante (*caries decorticans*): macchia gialla allo smalto della corona. Questo smalto è friabile, e si stacca qualche volta da tutta la superfice del dente;

3°. Carie perforante; si presenta sotto la forma di una piccola cavità che varia in largezza ed in profondità, e di cui le pareti sono giallastre o nere;

4°. Carie carbonosa; comincia con una macchia nera che da primo si mostra a traverso lo smalto, e gli fa rendere un colore turchinastro; succede a questa macchia una cavità, le di cui pareti sono friabili, nere, senza odore, ne sensibilità.

5°. Carie stazionaria; offre i medesimi caratteri della precedente; ma solamente le sue pareti sono egualmente dure che in stato sano;

6°. Carie curata; (*caries curata*, o *carie curée* dè Francesi); lo smalto è distrutto per una data estensione sulla corona dei molari, senza che questa mancanza sia l'effetto della consumazione; la sottoposta sostanza ossea offre il solito polito e durezza dello smalto. Quest'af-

fezione è, secondo il Sig. Duval, un lavoro per cui la natura ha operata la guarigone di un altra carie; per questo motivo le ha dato il nome di carie curata.

7°. Carie d'irruzione; si manifesta con una macchia gialla, e quindi con una cavità situata sulla radice del dente, in vicinanza della corona, in modo tale da operare progressivamente la separazione delle due porzioni di dente.

Non spetta a noi che l'indicare sommariamente le principali differenze di ciascheduna di queste specie di carie; ricorra alle opere che trattano in particolare delle malattie dei denti, chi desiderasse dei dettagli maggiori.

Il trattamento della carie deve variare secondo il grado e la forma della malattia. Quando è appena comparsa, e che consiste in una semplice macchia, si può arrestarne i progressi col distruggerla per mezzo della lima; ma un tal mezzo non è applicabile a tutti i denti: non si può adoperare la lima che per i denti incisivi, canini e piccoli molari; gli altri sono fuori della portata di quest' istromento: sono situati troppo profondamente.

Allorchè la carie è più estesa e che ha forata la corona del dente, bisogna esaminare attentamente se ne coli un liquido, o se la carie è secca; nel primo caso, s'introduce nella cavità, come abbiamo detto, un pò di cotone imbevuto di essenza, che ha la doppia utilità di non opporsi allo sgorgo della sanie, e di nascondere il fetido odore che esala. Ma se la carie è secca, è meglio l'introdurvi delle foglie d'oro o di piombo, e chiuderne affatto la cavità; con questo mezzo, s'impedisce che gli alimenti vi penetrino e che vi si corrompino, e si sottrae la carie al contatto dell'aria che accelera i progressi della malattia. Talora la presenza del piombo nella cavità di un dente cariato, determina vivo dolore e dei sconcerti generali allarmanti: fà d'uopo allora, o forare il piombo con una tenta appuntata onde dare sgorgo al liquido che ha potuto cumularsi fra il piombo e la superficie cariata; oppure, che è meglio, togliere tutto

il piombo che il dente racchiude, e non introdurvene di nuovo che dopo che i dolori si sono dileguati e che è stato riconosciuto che la carie non dà luogo a scolo purulento.

Se la carie cagiona dei dolori violentissimi, bisogna cauterizzare il nervo se il dente è ancora utile, nel caso contrario, meglio conviene ricorrere a l' estrazione.

Questa estrazione non deve essere praticata che allora quando non se le può sostituire veruu altra operazione. Simile, per questo lato, alle amputazioni dei membri, è l'ultima risorsa dell' arte: non vi si deve aver ricorso che quando si è renduta indispensabile.

L' estrazione dei denti presenta maggiore o minore difficoltà, a seconda della situazione dei denti, della forma e della direzione delle loro radici, e dello stato della corona. Per questo l' evulsione dei denti superiori è più difficile di quella degl' inferiori; i posteriori sono meno facili ad estirparsi di quelli che sono situati anteriormente. I denti inclinati in avanti e ricurvi in fuori si prestano più difficilmente all' azione degl' istromenti e sono poco facili a estrarsi; quelli che hanno delle lunghe radici, biforcate, molto aderenti, ricurve, divergenti o splanghettate, esigano maggiori sforzi e si stritolano qualche volta quando si vogliono estirpare; infine quelli la corona dei quali è assottigliatissima ed in parte distrutta dalla carie, offrono poca presa ai stromenti, e non si possono estrarre che a gran pena. La difficoltà sarebbe molto più grande se la corona fosse distrutta per intiero; sarebbe anzi insormontabile, se l' esperienza non avesse dimostrato che in generale i denti residuati alla loro radice, tendono naturalmente ad abbandonare gli alveoli, e che i legami che gli fissano all' osso massillare si rilasciano tanto, che spesso le radici cedono alla più lieve trazione.

Gli stromenti per cavare i denti sono numerosissimi: se ne possono distinguere di tre specie; appartengono alla prima quelli che agiscono senza appoggio sopra verun punto del dente, come l' oncino e il *poussoir* dei

francesi; trovansi nella seconda specie quelli che agiscano su due punti del dente, talchè i diti, il cane, la pinsetta retta e il becco di corvo; gl'istromenti che prendono un punto d'appoggio sulle vicine parti, si che la leva a manivella e il pellicano semplice o composto, formano la terza specie.

L'*oncino* è un fusto d'acciajo adattato ad un manico con una delle sue estremità, e ricurvo dall'altra in forma di piede di biscia. Onde servirsene, si fà prendere al malato una situazione più elevata di quella dell'operatore pei denti di sopra, e più bassa per gl'inferiori. S'impugna il manico dello stromento colla mano destra trattandosi dei denti situati a sinistra, e vice versa; si pone l'estremità libera dell'oncino sulla parte interna del dente, e vi si mantiene per mezzo dei diti dell'altra mano, inviluppati di un grosso panno lino; si tira allora con bastante forza il dente, secondo la diagonale della sua lunghezza e della sua perpendicolare, usando la precauzione di sempre appoggiare ad esso i diti inviluppati, fino a che il dente ceda. Quest'istromento è impiegato unicamente per estrarre le radici ed i denti poco solidi; in qualunque altro caso, diverrebbe insufficiente.

Il *poussoir* dei francesi è pure un fusto d'acciajo addottato ad un manico, e tagliente alla sua estremità libera, o terminato a piedi di biscia, e destinato a spingere in dentro i denti o le radici mobili che non si potrebbero prendere con altri istromenti. Dopo aver situato il malato più in alto pei denti inferiori, più basso per quelli di sopra, il chirurgo porterà sulla faccia esterna del dente, coi diti invilappati di un panno lino l'estremità dell'istromento di cui terrà il manico colla mano destra trattandosi del sinistro lato, e della sinistra pel destro, indi spingerà il dente con forza, seguendo una linea media fra la di lui lunghezza, e la di lui perpendicolare.

I *diti* possono bastare per estrarre i denti quando sono mobili, che aderiscono poco agli alveoli, e che

presentano bastante presa. Per eseguire questa piccola operazione, bisogna chiappare il dente di dentro e di fuori col pollice ed indice della mano destra dovendo agire dal lato sinistro, della mano sinistra pel lato destro, e tirarlo secondo la sua lunghezza, inclinandolo in dentro o in fuori, secondo la parte che offrirà minore resistenza, o imprimendoli dei moti alternativi ed opposti fino a che ceda.

Il *cane* è una specie di pinzetta i di cui morsi, terminati a piede di biscia, sono dritti, ed eguali, ovvero curvi e d'ineguale lunghezza. Quest'istromento conviene per l'evulsione dei denti incisivi, canini e piccoli molari smossi. Si acchiappa il collo del dente senza esercitare una pressione troppo forte con i due morsi, uno dei qnali, situato dalla parte da cui si vuole rovesciare, è il punto d'appoggio, e l'altro la potenza mossa dalla mano che tiene le branche dell'istromento.

Il *becco-di-corvo* non è altro che un cane i di cui morsi sono appuntati e che si adopra per estrarre le radici che non offrono presa agli altri stromenti; s'impegna fra la radice e l'alveolo facendolo girare, ed inclinandolo leggermente.

La *leva a manivella* è composta di un forte fusto di acciajo rotondo, o a otto facciette, terminato ad una estremità con un manico che lo sostiene, ricurvo, largo e piatto dall'altra, ove è guarnito alla sua parte convessa da oncini montati per mezzo di viti semicircolari, di diversa grandezza, e disposti a piede di biscia allo loro estremità libera. L'operatore sceglie un'oncino addattato al dente che vuole estrarre, lo innesta al fusto, e, dopo di avere collocato il malato all'altezza di se medesimo, insinua la concavità dell'oncino nel dente, ed impugnando le punte vicine alla radice dalla parte interna, se il dente deve essere rovesciato in fuori, e viceversa, situa oppostamente il punto d'appoggio, sulla gingiva coperta da un leggero piumaccciolo; allora fà eseguire un mezzo giro al manico da quella parte verso la quale

vuole portare il dente, in modo che l'oncino agisca come il *poussoir*.

Quest' istromento conviene allorchè i denti aderiscano fortemente ai loro alveoli e che offrano presa bastante onde essere acchiappati dall' oncino semicircolare.

In circostanze simili potiamo servirci del *pellicano* semplice o composto. Il primo è formato di due oncini d'acciajo, mobili, terminati a piedi di biscia da una estremità, e montati a vite sopra un pezzo di legno duro, largo e rotondo alle di lui estremità ove alternativamente trovansi e la potenza ed il punto d' appoggio. Il pellicano composto non ha che un solo oncino, un estremità del quale articolata per ginglimo, è condotta per mezzo di una vite che si eleva dal manico in uno scannellamento praticato secondo la lunghezza di un fusto d' acciajo, terminato alla dilui estremità da un punto d' appoggio dolce, largo, fisso e convesso, oppure mobile e concavo Primieramente s'impegna l' oncino di quest' istromenti come quello della leva a manivella, indi si conduce sul punto d' appoggio collocato nè denti circonvicini, di modo che il dente sia tirato secondo la sua lunghezza, in fuori e verso questo punto d' appoggio.

Qualunque siasi il mezzo di evulsione che è stato impiegato, accade qualche volta che dopo essere stato rovesciato, il dente stà attaccato tuttavia al margine alveolare; in questo caso si giunge quasi sempre a staccarlo cò diti; se la resistenza fosse considerabile, si ricorrerebbe al cane.

Prima di terminare ciò che ha rapporto all' estrazione dei denti, convien dire qualche cosa intorno a varj accidenti che vengono dietro a questa operazione; i principali sono la frattura dell' alveolo o di una parte dell'osso massillare, lo stritolamento del dente stesso, e le emoragie. I due primi meritano, in generale, poca attenzione. Se il frammento dell' osso è separato completamente dall'osso massillare, non vi è cosa alcuna da fare; se aderisce tutt' ora alle parti molli, fà d'uopo di subito

separarnelo, senza aspettare che la suppurazione lo distacchi; se pur l'effetto della frattura dell' orlo alveolare superiore, si stabilisse una communicazione fra la cavità del seno massillare e quella della bocca, ne risulterebbe una fistola che il tempo qualche volta guarisce, e che, presso altri malati, persiste fino al termine del vita.

Quando il dente che si vuole levare si stritola sotto l'istromento che lo acchiappa, è raro che l' istesso istromento possa essere quindi riapplicato al residuo, e comunemente si è obbligati allora di ricorrere all' oncino o al *poussoir*.

L'estrazione dei denti è susseguita sempre da sgorgo di sangue dalla ferita che risulta da questa operazione. Tale emoragia di piccola entità dura ordinariamente per più ore, ma è leggerissima, e non reclama veruna attenzione. Pure non dimeno qualche volta accade che essa sia più considerabile, per cui si andrebbe incontro a degl' inconvenienti se non si tentasse di frenarla. In questo caso si comincia dal far uso delle lozioni astringenti e stittiche; qualora non bastino, si colloca un pezzetto di agarico nel sito che occupava il dente, o se ne riempie l'alveolo con della cera molle, e si deviene, se è necessario, all' applicazione di un apparecchio che facilmente si fissa mantenendo le mascelle ravvicinate. In ultimo, se questi diversi mezzi fossero insufficienti, ciò che è infinitamente raro, bisognerebbe applicare dentro l'alveolo il cauterio attuale, che non può fare a meno di arrestare l' emoragia.

Qualche volta sopraggiungono anche degli accidenti quando l'operazione è stata praticata da un' inabile dentista: è stato veduto che quell' istromento che era destinato a svellere un dente malato ne ha portato via uno sano; altra volta la punta dello stromento è sdrucciolata sul dente ed ha prodotte nella gota o alla lingua delle ferite più o meno pericolose, emoragie per cui si è stati obbligati a ricorrere alla cauterizzazione; in varj casi la pressione esercitata sulla mascella inferiore onde accrescere l'apertura della bocca ha determinata la lus-

sazione di quest'osso; ma gli accidenti di simile natura sono per fortuna rarissimi e sempre possono essere evitati dai chirurghi istruiti e prudenti.

Le malattie dei denti di cui imprendiamo a parlare riguardano la connessione di questi ossi e non già la loro sostanza. Dicesi che sono lossati, allorchè sono stati spinti in fuori o in dentro, oltre la loro naturale situazione senza però avere abbandonati completamente i loro alveoli. Questo slogamento è quasi sempre l'effetto di una percossa. I denti incisivi e canini vi sono più soggetti dei molari, perchè sono impiantati meno solidamente nell' osso massillare, e sopra tutto a motivo della loro situazione che li espone di più all'azione dei corpi esterni. Il trattamento di una tale *lussazione* è in generale facile tanto quanto chiara ne è la diagnosi. Basta, per guarirla, di ricondurre il dente lussato nella sua direzione naturale, di legarlo ai vicini denti onde prevenire un nuovo slogamento, e di prescrivere al malato un assoluto riposo delle mascelle. Arrivano pur non dimeno talvolta dei consecutivi accidenti che si oppongono al successo di questa riduzione; tali sono l'infiammazione delle gingive e quella del periostio, certe croniche malattie della bocca, determinate dal vizio scorbutico, reumatico o serpiginoso. Ma fortunatamente questi casi sono ben rari, ed i denti lussati che sono stati rimessi in sito con attenzione riprendono ordinariamente la loro solidità primitiva.

La lussazione dei denti qualche volta è stato un mezzo impiegato dai Chirurghi contro certe malattie di quest'ossi. Si è pensato che, determinando la rottura dei vasi e dei nervi dentali, si dovesse privare di vita il dente lussato e frenare conseguentemente i progressi della carie ed i dolori che l'accompagnano, conservando il dente medesimo rendutosi omai un corpo inerte. Varj autori hanno preteso che quest' operazione fosse insufficiente, e che un dente lussato e rimesso nella sua naturale situazione vi riprendesse la vita. Ma prevenire

si può un simile accidente col togliere completamente il dente, immergendolo per diversi minuti nell'acqua bollente e ricollocandolo in seguito nel suo alveolo. Si è assicurati con questo mezzo di ottenere la cessazione de' dolori, di arrestare i progressi della carie e di evitare quell' inconvenienti reali o immaginarj che sono stati rimproverati all'altro metodo.

Lo *smovimento* o la vacillazione dei denti dipende sempre dal cattivo stato delle parti destinate a fissarli nei loro alveoli. Diverse cause possono produrre quest'affezione; ora è il risultato di una qualche violenza esterna; ora vien dietro al cumolo del tartaro, che s' insinua fra le gingive ed il collo del dente, e che penetra anche qualche volta fra gli alveoli e le radici; più spesso anche proviene dalla scorbutica tumefazione delle gingive, da quella che è prodotta dall'uso del mercurio, da una affezione reumatica, o dai progressi dell' età.

La mobilità dei denti rende difficile e spesso incompleta la masticazione. I mezzi di cura devono essere variati secondo le cause che determinano la malattia. Così quando la mobilità resulta da causa esterna bisogna assoggettare i denti smossi ai denti vicini per mezzo di un filo di seta o di metallo, ed allontanare ciò che potrebbe impedire quella specie di consolidazione che deve operarsi fra il dente e l' alveolo. Se la mobilità è l' effetto dell' uso del mercurio, fà primieramente d' uopo sospendere la pratica di questo rimedio, e prescrivere la dieta lattea, i bagni, i lassativi. Se il male è cagionato dallo scorbuto, bisogna ricorrere agli anti-scorbutici. Allorchè la mobilità dei denti risulta dai progressi dell' età, non v' ha rimedio che possa frenarla; si può intraprendere al più, qualora la mobilità sia parziale, di dare ai denti vacillanti un pò di solidità fissandoli ai denti vicini con un filo o con una piccola lamina metallica. Nel caso in cui il male dipende dal cumulo del tartaro, fà d' uopo dirigere ogni cura contro questo stato vizioso. Finalmente ogni qual volta le gin-

give sono gonfiate, molli e livide, devesi ricorrere ai topici astringenti preparati colla china polverizzata, in forma di estratto o di tintura, al guajaco, alla mirra, ai quali si unisce qualche volta un poco d'acido solforico. Quando questi mezzi addivengono insufficienti, bisogna avvalorarli praticando delle profonde scarificazioni sulle gingive onde procurarle uno sgorgo.

L'*odontalgia* o dolore dei denti, è talora un sintomo di carie e di varie altre malattie dei denti; ma spesso consiste anche in una affezione essenziale. Quest'ultima sembra avere la sua sede nella membrana dei denti o nel periostio degli alveoli, ed offre la più grande analogia colle affezioni reumatiche. A guisa di queste ultime, quasi sempre è dessa prodotta dall'impressione del freddo, lascia sulle parti nelle quali si manifesta una gran tendenza a rimanerne assalite di nuovo; sovente passa da un dente ad un altro, o a diversi altri, e trova la sua fine su quello che occupava da principio; aumenta per mezzo di una forte pressione, come la masticazione: nell'istesso modo del reuma articolare, consiste ora in un semplice dolore, senza tumefazione, ne colore rosso; ora è accompagnata da sintomi inflammatorj che non terminano che colla suppurazione. Niuna persona ignora in ultimo luogo che l'odontalgia alterna frequentemente col reuma dell'estremità; che appare quando cessa quest'ultimo, e che appena comincia a diminuire un nuovo dolore si manifesta in qualche altra parte con tutti i caratteri del reuma.

Il dolore de' denti, considerato in generale, esige delle medicature variatissime, giacchè può dipendere da un numero grande di affezioni diverse; ma non è lo stesso dell'odontalgia essenziale: quantunque la cura non debba essere sempre simile, e che sia necessario di modificarla secondo le cause occasionali, la durata della malattia e la costituzione del malato, offre generalmente le medesime indicazioni del reuma: in principio le applicazioni emollienti e le bevande rinfrescanti;

indi i diaforetici ed i vescicanti sopra una qualche parte vicina alla testa, alle tempie, dietro le orecchie, ovvero alla nuca; oppure in una delle articolazioni precedentemente affette, allorchè c'imbattiamo in questa circostanza.

L'*infiammazione* ed il gonfiamento della membrana alveolo-dentale e dei vasi che vi si distribuiscano è un affezione non rara. Trovasene un esempio rimarcabilissime nella Memoria di Louis sulle malattie del seno massillare. Spesso è prodotta dall'azione dell'aria fredda ovvero da qualche altra causa esterna o interna. I sintomi sono dolore fisso e insoffribile in un qualche dente, senza lesione apparente nelle parti esterne. Qualche volta vi si unisce una tumefazione considerabile alle gingive ed alla gota, ed in qualche caso si forma anche una fistola. Questa malattia, a cui sono particolarmente esposte le donne gravide, reclama in principio l'uso dei topici emollienti, le sanguigne locali e generali, le fumigazioni, i vescicanti; ma sovente insufficienti riescono questi diversi rimedj, e l'estrazione del dente addiviene necessaria: trovasi allora la di lui estremità sopravanzata da un piccolo pacchetto vascolare, simile ad un tubercolo carnoso.

La patina (limon) è una sostanza pultacea, giallastra e vischiosa che si deposita sui denti e nei loro interstizj, specialmente nella notte, e vi forma uno strato sovente molto grosso e di odore ributtante. L'uso dello spazzolino basta ordinariamente per dissipare e prevenire questo cumulo di patina sui denti, ai quali dà communemente un colore giallo, e su cui sembra che favorisca lo sviluppo di diverse malattie.

Male a proposito si distinguono col nome di *tartaro* delle incrostazioni dure quasi che pietrose, gialle o nerastre, che inviluppano la base dei denti, si cumulano negl'intervalli che li separano, e vi formano una specie di

mastice che li riempie ed a poco a poco si estende sulla corona e verso il collo. Questo tartaro che s' insinua pure fra la radice del dente e l' alveolo, scalza adagio, adagio i denti, gli rende vacillanti, e ricuopre qualche volta tutta l' arcata dentale con uno strato grosso ed uniforme sotto di cui non si scorge più verun dente, verun intervallo che li separa. Talora il tartaro ricuopre soltanto uno o più denti, e vi si ammassa in tanta quantità, che delle persone ignoranti o poco attente hanno creduto di vedere un' esostosi dell' osso massillare.

Il tartaro che ricuopre i denti è stato sottomesso all'analisi chimica: è composto di fosfato di calce, e di materia mucosa. L'uso giornaliero dello spazzolino basta a prevenire la cristallizzazione di questo sale sui denti. Il confricamento degli alimenti solidi lo impedisce pure nella maggior parte degl' individui, e sovente accade nel corso di un' acuta malattia, cioè mentre il malato non prende che delle bevande, che il tartaro comincia a cumularsi sui denti. Per togliere il tartaro depositato all' intorno dei denti, ed ivi formante delle scaglie dure e aderenti, bisogna adoperare un raschiatojo d' acciajo.

Appostatamente abbiamo omesso in quest' articolo di parlare della trasplantazione di un dente sano cavato ad un' individuo ed innestato in un altro. Senza annoverare i gravi inconvenienti che più volte hanno tenuto dietro a simili operazioni, sono esse egualmente contrarie allo scopo ed alla dignità dell'arte, che ai principj dell' umanità. Esistono d' altronde molti altri mezzi per addattare al posto dei denti che mancano, denti naturali o artificiali che corregghino la difformità ed adempino presso a poco agli stessi usi dei denti che siamo stati obbligati ad estrarre. Il migliore di tutti è l' uso dei denti a pernio, nel caso in cui solo la corona del dente è stata distrutta. Se in totalità sia stato portato via il dente, è permesso di tentare l' impiantazione di un dente naturale o artificiale; ma i denti impiantati non stanno per sempre stabili, e spesso deve preferirsi di addattare ai vicini denti una corona artificiale al posto

del dente che manca; allorchè sono stati levati varj denti di seguito, o sono cascati naturalmente, è questo il solo mezzo da adoperare.

Non dobbiamo parlare in dettaglio nè della preparazione dei denti artificiali, nè della maniera di fissarli: questi oggetti appartengono all' arte dei dentisti; ed è nei loro scritti che cercare bisogna quelle cognizioni che si vogliono acquistare su ciò, come pure la maniera d'impiombare e di limare i denti.

ARTICOLO IX.

Delle malattie delle gingive.

Le principali malattie delle gingive sono il gonfiamento, la gangrena, l'escrescenze, gli ascessi, e le ulcere.

Il gonfiamento delle gingive sopraggiunge ad un numero grande di circostanze, e dipende da cause molto variate che esigono diversi trattamenti.

Talvolta è di natura inflammatoria; come quello che sopravviene agli effetti di un colpo dato su queste parti; come anche quello che è cagionato dalla flussione, o da una violenta odontalgia. Si distingue dal distendimento delle gingive, dal dolore, dal calore, e dal colore vivo e florescente che mostra. Quest'infiammazione delle gingive può essere accompagnata da febbre, oppure non essere che un'affezione meramente locale. Nel primo caso, è necessario ricorrere qualche volta alla sauguigna generale; nel secondo, basta ordinariamente il tenere in bocca un liquido mucillagginoso, come per esempio del latte tiepido, e inviluppare convenientemente la gota per prevenire l'impressione dell' aria.

Il gonfiamento delle gingive è il risultato talora del cumulo del tartaro sulla corona e sopra una parte della radice del dente. Questo gonfiamente non è d'ordinario doloroso che nel tempo della masticaziono; le gingive hanno un colore un poco oscuro, che differisce non di

meno da quello che presentano nella tumefazione scorbutica; sono poco consistenti e facilmente gemono sangue; i denti sono smossi e vacillanti. La presenza del tartaro sui denti offre con facilità la cognizione della causa di questa malattia; fà d'uopo estrarlo quanto prima, e prescrivere dei gargarismi astringenti, e tonici.

L'uso del mercurio produce pure sovente l'ingorgo delle gingive, che quando è considerabile, si estende alle gote, alla lingua, e dà a tutte queste parti un volume prodigioso. Un abbondante flusso di saliva accompagna sempre il gonfiamento mercuriale, e lo distingue dagli altri; d'altronde l'uso attuale del mercurio non lascia dubbio veruno sulla natura di questo gonfiamento. Questa malattia obbliga a sospondere all'istante la pratica dei mercuriali. Reclama l'uso dei lassativi, che richiamando un punto d'irritazione sul condotto intestinale, portano un diversivo sull'afflusso dei liquidi verso la bocca; l'uso del latte, degli alimenti farinacei, i bagni caldi, e dei leggieri sudorifici sono i mezzi che convengono contro questo gonfiamento, il quale talvolta è portato ad un grado spaventoso, ma che cessa con molta celerità dopo che è stata sospesa l'amministrazione del mercurio; non bisogna riprendere questo rimedio che quando il gonfiamento è affatto dileguato, e prendere le necessarie precauzioni onde sottrarre il malato all'influsso delle cause che sembrano avere favorita la di lui produzione; cade pure in acconcio l'amministrare il mercurio sotto una forma diversa.

Il gonfiamento scorbutico delle gingive ora è uno dei sintomi della diatesi scorbutica, o di un affezione scorbutica generale, ora è l'unico segno dello scorbuto. Le gingive attaccate da questa affezzione presentansi sotto la forma di una cercine più o meno proeminente, di colore livido o nerastro, da cui trasuda continuamente un liquido sanioso e che esala un'odore di ributtante fetidità: il più lieve toccamento basta per fare sgorgare dalle gingive del sangue fluido ed allungato. Quest' affezione merita un'estrema attenzione, per essere soggetta a fare dei progressi,

ed a terminare colla gangrena, che si estende alle parti vicine non rispiarmando gli ossi, e di cui niente può arrestare il corso.

Bisogna dunque, appena che ci accorgiamo del gonfiamento scorbutico delle gingige, avere ricorso ai rimedi i più addattati ad arrestarne i progressi. Primieramente fà d'uopo sottrarre il malato a quelle cause che hanno potuto determinare l'affezione da cui è attaccato, prescrivere dei collutorj preparati collo spirito di coclearia, convenientemente allungati, e combinati in una data proporzione coll'acido muriatico. Internamente si amministrano i sughi anti-scorbutici ai quali si unisce il regime, e tutti gli altri mezzi terapeutici convenienti. Se il male persiste, aumentasi la dose d'acido muriatico nelle lozioni, e se fà dei progressi, si può adoperare questo acido puro, portandolo con un pennello sulle parti le più malate. Ordinariamente si giunge con questi mezzi a dissipare il gonfiamento scorbutico delle gingive sopra tutto quando non tiene a diatesi scorbutica generale. Qualche volta però cresce non dimeno il male con rapidità, ed al gonfiamento delle gingive succede la gangrena.

Della Gangrena scorbutica delle Gingive.

Questa malattia s' incontra sui bambini e per la cura offre delle grandi difficoltà. La suzione continua della sanie fetida che sgorga dalle gingive, e che in tal modo viene introdotta nelle vie digestive sembra essere la causa principale del rapido corso e del termine funesto di questa malattia nella primiera età.

La malattia comincia qualche volta in modo assai benigno (1) Da principio nasce nella parte interna della bocca, sulle gingive, le labbra, la lingua, le amiddali, un leggero rossore, poco doloroso ed accompagnato da colore bastantemente considerabile. Poco dopo si

---

(1) Van-Swieten Comment, sur l'Aphorisme 432.

mostra nel mezzo della parte affetta una macchia bianca che da primo si crederebbe un escara superficiale; ma il dolore aumenta e la gangrena si estende in profondità. Se il male non è molto intenso, e che attacchi un adulto, l'escara si distacca; se trattasi di un bambino, e che la malattia sia grave, la gangrena invade le parti circonvicine, e tramada un odore insopportabile; i denti cascano, la mascella inferiore si separa, la lingua, le labbra, le gote, il mento si distruggono. In un caso menzionato da Berthe (1) gli ossi massillari superiori e quelli del naso furono rammolliti, e distrutti: gli occhi non andarono esenti dai progressi del male; il coronale stesso fù attaccato fino alla sua parte media, e rammollito intieramente pria della morte del bambino.

Tale è il corso spaventoso di quella malattia che è stata chiamata gangrena scorbutica delle gingive. I segni che la caratterizzano sono troppo evidenti perche si possà confondere con una qualche altra affezione di queste parti. Esige dei rimedj pronti soprattutto quando il suo cammino è rapido.

Allorchè la malattia è incipiente, e che il di lei carattere gangrenoso non è ancora sviluppato, si può far uso delle lozzioni coll'agro di limone, e l'aceto, ed applicare sulle gingive tumefatte dei piumaccioletti imbevuti, o dell'uno o dell'altro di questi acidi puri o diluti, secondo le circostanze. Se l'uso di questi mezzi non produce l'effetto che da principio se ne aspettava, fà d'uopo prontamente ricorrere a dei rimedj più energici e particolarmente allo spirito di sale ovvero acido muriatico: si mescolano venti goccie di quest'acido ad una mezz'oncia di miele rosato e si toccano frequentemente nel giorno le gingive malate con un pennello tuffato in questa mescolanza. Aumentasi la quantità dell'acido muriatico qualora la gangrena sia omai considerabile; si può anche portare l'acido puro sulle gingive forte-

(1) Mem, de l'Acad. de Chirurg. T, XIV p. 220 édit. in-12

mente affette. Questo mezzo è riuscito costantemente a Van-Swieten nal caso in cui gli ossi delle mascelle non erano malati.

Abbiamo indicate le cause che rendono più grave presso i ragazzi che presso gli adulti, il gonfiamento scorbutico delle gingive: la suzione continua che esercitano aumenta l'afflusso dei liquidi nelle gingive, e la deglutizione di fetida sanie deve influire, ed in effetto influisce in modo pericoloso sul termine della malattia. I rimedj che si adoprano con successo negli adulti non sempre sono bastanti nella prima età: a quest' epoca è spesso necessario, come vedesi in una osservazione inserita nel Tomo XIV delle *Memoiries de l'Accadémie de Chirurgie,* di unire alle frequenti lozioni della bocca l'incisione delle parti gangrenate, e l'applicazione di piccoli piummacioli ovvero di spugne imbevute di un liquido stittico: è indispensabile durante il corso di quest' oparazione di tenere molto abbassata la mascella del ragazzo, onde prevenire i moti della deglutizione, di ritirare successivamente, a misura che s'incidono, i lembi delle gingive malate, e di assorbire con delle spugne umide la sanie che cola abbondantemente dalla loro superficie. Bastono le forbici per questa operazione, cui non si potrebbe sostituire la compressione ne le scarificazioni profonde. Dopo averla eseguita, si collocano delle spugnettine bislunghe leggermeute impregnate di una forte dissoluzione di acqua di Rabel e di allume, lungo le gingive, all'effetto di minorare lo scolo del sangue, e di ricevere quello che sgorga. Si tolgono queste spugne in capo ad un' ora o più, e si fanno quindi delle frequenti lozioni in bocca, coll' acido muriatico diluto. Si replicano attentamente queste lozioni ogni qual volta si vogliono far prendere degli alimenti, o delle bevande al piccolo malato. Usando molta assiduità, e perseveranza nell' amministrazione di questi rimedj, si giunge qualche volta a salvare la vita a dei ragazzi la di cui morte sarebbe diversamente inevitabile.

Dell' epulide o escrescenza fungosa delle gingive.

Le gingive sono sede qualche volta di fungose escrescenze alle quali è stato dato il nome di *epulide*. Le cause di questa malattia sono molto oscure: qualche volta viene dietro ad un ascesso in cui l' osso massillare è stato messo allo scoperto, e trovasi affetto da carie. Questi tumori occupano talvolta la faccia concava, e più spesso la faccia convessa dell'orlo alveolare; qualcheduno ha una larga base, gli altri sono montati sopra un peduncolo la di cui larghezza è variabile; talora sono indolenti; qualche fiata cagionano dei dolori lancinanti e continui; il loro volume è variabilissimo è fà ordinariamente continui progressi; ve ne sono dei lisci ed uniti alla loro superficie, altri hanno delle screpolature, delle crepacce, e delle ulcere da cui sgorga della sanie puzzolenta; hanno tutte una consistenza bastantemente considerabile, e si sono sviluppate con molta lentezza.

Nel principio i tumori fungosi delle gingive cagionano poco incomodo, quando non sono dolorosi; ma a misura che acquistano del volume sconcertano le funzioni delle vicine parti. Quando situate sono sulle gingive esterne, sporgono in fuori le labbra, o le gote, producono una difformità proporzionata al loro volume, rendano difficoltoso l' uso della parola e determinano talvolta lo scolo della saliva fuori della bocca. Allorchè nascono dalle gingive interne danno luogo a degl' inconvenienti più grandi, mentre impediscono i moti della lingua. Si è veduto un tumore di questo genere estendersi da una parte all' altra del margine alveolare, presentare la forma ed il volume di un marrone; la lingua era sollevata, ed applicata contro il velo palatino, la masticazione, e la deglutizione, come pure la parola erano estremamente difficili (1).

---

(1) Mém. che l'Acad Royale de Chirurg., 3 xiv, p. 186.

Queste escrescenze fungose possono essere legate quando sono montate sopra un peduncolo stretto; ma nella maggior parte dei casi è preferito il farne ablazione col bisturino, e di portare in seguito il ferro incandoscente sul luogo da cui ha prenduto nascimento, onde distruggere col fuoco ciò che non è stato tolto dallo stromento tagliente. Omettendo quest' ultima precauzione, l'operazione probabilmente sarebbe infruttuosa. Celebri chirurgi hanno adoperati con successo i caustici liquidi, a fine di distruggere siasi la totalità di questi tumori, siasi unicamente la loro base, dopo avere reciso il tumore stesso col bisturino. Ma è raro che basti una sola applicazione per distruggere la base di tali escrescenze, ed a più forte ragione la loro totalità. In qualunque caso in cui è stato impiegato l' acido solforico, o il nitrato d' argento, è bisognato ricorrere molte volte all' uso del caustico; or dunque, se aggungesi al gravissimo inconveniente di portare in bocca delle sostanze caustiche, ed alla difficoltà di limitare la loro azione sopra di superficie sempre umide, il pericolo che accompagna la ripetuta applicazione di queste sostanze sopra tumore di natura scirrosa, si sarà convinti che deve darsi la preferenza al cauterio attuale. Così, dopo aver tolta la maggior parte delle escrescenze col bisturino, ovvero la legatura, si applicheranno sul luogo della loro origine uno o più bottoni di fuoco, la di cui forma e larghezza si ravvicinino più che sia possibile a quelle delle parti che conviene cauterizzare. Quando l'escara si distaccherà, si esaminerà con attenzione la superficie che avrà lasciata allo scoperto, e per poco che si scorghino delle vegetazioni sospette, si ritornerà di nuovo al ferro urente, a fine di distruggere completamente un male che farebbe ogni giorno dei nuovi progressi e diverrebbe più difficile a guarire. Nel caso in cui l' osso massillare è affetto, si esfolia, ma lentamente, e la cicatrice si forma pure lentamente.

Del flemmone delle gingive o parulide.

Si formano qualche volta sulle gingive, dei piccoli flemmoni che limitansi a queste parti; se ne formano anche degli altri che sono, o divengono più considerabili, e che si estendono alle parti vicine. Questi flemmoni si manifestano qualche volta senza causa cognita; ma il più sovente prodotti sono dalla carie di un dente, da un colpo dato sulla gingiva stessa. A torto, cred'io, diversi autori hanno riguardato l'uso di tale o tal altra specie di alimenti quali cause di questa malattia. Presentasi essa sotto la forma di tumori più o meno voluminosi, accompagnati da dolore e da calore, ed il di cui colore vermiglio da principio, si fà livido a misura che il loro volume prende aumento. Il centro della parte infiammata si rammollisce a poco, a poco, e finalmente apresi coll' ajuto di applicazioni emollienti, di fichi ben nutriti, di pane di spagna, di latte, o di vapori d'acqua. È rarissimo che questi flemmoni terminino per risoluzione; non bisogna esitare perciò a darli una lancettata appena che il tumore è rammollito. Nel caso in cui il flemmone delle gingive si estende alle parti vicine, e particolarmente alle gote, v'è da temere che la marcia non si faccia strada di fuori, e che non ne resulti una difformità o anche una fistola alla gota. All' effetto di prevenire questi pericolosi accidenti conviene aprire con larga apertura, e presto il flemmone nella cavità della bocca. Ma se le mascelle fossero troppo ravvicinate fra loro, se il tumore si estendesse oltre la commettitura delle labbra, o verso i pilastri del velo pendulo palatino, e che l'abbasaamento della mascella inferiore fosse impossibile, bisognerebbe aggregare ai topici emollienti l' uso delle sanguigne, delle bevande rinfrescanti, ed nn regime severo. Allorchè l' infiammazione delle gingive è stata determinata dalla carie di uno o più denti, non si può sperare di prevenirne la recidiva che portando via i denti malati.

Delle ulcere delle gingive.

Negli adulti, le gingive sono qualche volta affette da ulcere fungose, rossastre e sanguinolenti, da cui sgorga una materia biancastra e fetida. Tali ulcere sono accompagnate dalla mobilità ed anche dalla caduta dei denti incisivi e canini, sopratutto quando la malattia è inveterata ed il soggetto avanzato in età. L'esposizione ai putridi miasmi, la salivazione in conseguenza dell'uso del mercurio, il cumolo del tartaro sui denti sono le principali cause di questa malattia. È stato pure osservato che le persone soggette agli erpeti, e le di cui gingive sono circondate da un areola turchinastra, sono spesso affette da ulceri di questa natura. Alloraquando la causa o la disposizione interna che favorì la formazione di queste ulcere è stata distrutta per mezzo del regime, e dei medicamenti appropriati, vedesi cessare questa malattia dietro l'uso di collutorj dolcificanti, altre volte in seguito dell'applicazione del cauterio attuale, qualora però sia recente, e che esista sopra individui giovani. Ma negli altri casi, cioè, presso le persone avanzate in età, quando la malattia è inveterata, ed i denti vacillanti e cariati, fà d'uopo ricorrere all'estrazione dei denti onde ottenere la guarigione delle gingive: se differiscesi quest'operazione, persiste la malattia fino a che i denti non caschino da per loro.

ARTICOLO X.

Delle Malattie della lingua.

La lingua và soggetta ad un gran numero di malattie: le principali sono le ferite, il gonfiamento, il prolungamento fuori della bocca, i tubercoli, le ulcere, le adesioni contro natura, la mancanza della lingua.

Le ferite della lingua sono prodotte dagl'istromenti pungenti e taglienti, qualche volta dai corpi sca-

gliati dalla polvere, quasi sempre dal ravvicinamento istantaneo e violento delle mascelle mentre la lingua trovasi fra i denti, siasi che una causa esterna determini questo istantaneo ravvicinamento, talche un colpo, una caduta, oppure che i muscoli elevatori della mascella inferiore si contragghino con forza nel tempo di masticazione precipitata, o di convulsioni epilettiche. Quest' ultima causa è la più frequente, e forse la metà degl' individui sui quali rimarcansi delle grandi cicatrici di quest' organo, sono degli epilettici la di cui lingua è stata ferita fra i denti nel momento degli accessi, non bisogna perciò trascurare mai l' uso delle sbarre o dei coni sulle persone attualmente assalite da convulsioni.

Le ferite d' istromenti pungenti, che sono le più rare, sono anche le più leggere; se per esempio, una spada strettissima, avesse passata la lingua da parte a parte, basterebbe prescrivere al malato il riposo della parte ferita, ed in conseguenza il silenzio e la dieta per qualche giorno; questi mezzi sarebbero sufficienti onde ottenere la cicatrizzazione di questo genere di ferita, in cui le parti destinate a riunirsi trovansi a perfetto contatto ed in cui niente può cambiare momentaneamente i loro rapporti. Se un istromento molto sottile, penetrando nella grossezza della lingua, abbia aperta l' arteria ranina, ne risulta un emoragia che non può essere frenata che per mezzo della cauterizzazione. (Ved. il T. 1°. di quest' opera p. 257.)

Le ferite d' arme da fuoco sono di ben altra importanza. Determinano o preparono una perdita di sostanza più o meno considerabile, sia per l' ablazione repentina di una parte della lingua, sia per l' attrito che da luogo quasi sempre alla gangrena ed alla supporazione delle parti, che la palla ha infrante. Così queste ferite sono comunemente lunghissime a guarire e spesso lasciano della difficoltà nei moti della lingua, dopo che si sono cicatrizzate. La difficoltà di guarigione e dei moti della lingua possono dipendere dalla presenza della palla che ha prodotta la ferita. Difficilmente si capisce come mai

una palla possa arrestarsi nella lingua, e soggiornarvi per lungo tempo; pur non di meno ciò è possibile ad accadere, ed eccone la prova: un uomo che aveva militato sotto le bandiere francesi fu ricevuto all' ospedale della Charité a motivo di un tumore durissimo che occupava la parte laterale destra della lingua di cui rendeva molto difficile i moti. Interrogando quest'uomo, seppi che quattro anni prima era stato ferito da una palla di fucile che si era internata nella bocca rompendo il dente canino ed il piccolo molare; che era soggiunto un gonfiamanto considerabile della lingua, e delle altre parti della bocca; che questo gonfiamento fu attaccato colla sanguigna, la dieta, le bevande rinfrescanti e i gargarismi; che dopo la di lui disparizione, benchè vi rimanesse un tumore duro sul lato della lingua, il malato fu creduto guarito; uscì dall' ospedale, e dopo poco dal servizio per ritornarsene a casa sua. Esaminando attentamente il margine destro della lingua, scorsi sulla parte media un orifizio fistoloso: avendo introdotto uno stile in quest' apertura penetrò fino ad un corpo duro che giudicai fosse una palla. Praticai sul margine della lingua un incisione longitudinale dalla quale estrassi la palla, la di cui forma era stata alterata dalla resistenza dei denti che aveva rotti. La ferita guarì in pochi giorni, e la lingua riprese quanto prima il suo stato naturale ed il libero esercizio delle sue funzioni.

Le ferite della lingua prodotte da istromenti taglienti sono quelle che offrono le maggiori varietà: ora trattasi di una semplice fessura, ora di una ferita con perdita di sostanza, e qualche volta di una ferita a lembi. Allorche la lingua è semplicemente fessa e che la divisione non comprende tutta la grossezza di quest' organo, basta il riposo, e l' uso delle lozioni coll' acqua d'orzo, e il miele rosato onde ottenere una cicatrizzazione pronta e regolare. Se vi fosse emoragia alquanto considerabile, si adoprerebbe il diaccio, ed i liquidi stittici. Supponendo poi che questi mezzi non fossero sufficenti, si ricorrebbe alla compressione; ma siccome l'applicazione

di un' apparecchio sulla lingua è molto incomoda, si potrebbe insegnare al malato ad esercitare da se stesso la compressione sulle due faccie della lingua, col pollice, e l' indice. Questa compressione seguitata per un' ora, e più basterebbe in molti casi onde arrestare il sangue. Se la compressione non frenasse l' emoragia, bisognarebbe ricorrere al cauterio attuale, che produrrebbe nell' istante medesimo l' effetto che si desidera.

Le ferite con perdita di sostanza variano secondo che la porzione di lingua che è stata separata dal rimanente di quest' organo è più o meno considerabile. La cicatrizzazione è tanto più lenta in quanto che una tale porzione è più estesa, giacchè la ferita è più lunga e lo spazio che separa la faccia superiore dall' inferiore della lingua diventando esso stesso più grande a misura che ci avviciniamo alla base, la cicatrice che riunirà le due membrane, deve avere maggiore larghezza. Se questa specie di ferita fosse accompagnata da emoragia, il cauterio attuale sarebbe preferibile ai stittici, alla compressione, ed anche alla legatura, che in qualche caso è del tutto impraticabile.

Trattandosi di ferita a lembo, è stato proposto, per ottenere la riunione, di racchiudere la lingua in una borsa di tela fine, incavata verso il frenulo, sostenuta a destra, ed a sinistra dall' estremità di un filo metallico che esce dalla bocca passando sopra gl' incisivi, e che riconducesi sotto il mento, ove è legato per mezzo di un nastro annodato alla nuca. Questo apparecchio è incomodo, e poi sovente non procura che una irregolare riunione, giacchè i lembi della ferita non sono mantenuti in un esatto rapporto, specialmente se la ferita ha una certa lunghezza. Non sarebbe egli meglio applicare quivi l' istesso mezzo che abbiamo messo in pratica in un caso di cancro della lingua, e mantenere i labbri della divisione con uno, o più punti di sutura semplice, qual ora la situazione della ferita permettesse quest' operazione? Si sarebbe sicuri allora di ottenere una cicatrice regolarissima, prontissima, e l' incomodo che risulterebbe

dall' applicazione di questo mezzo sarebbe forse meno grande, e durerebbe d'altronde minor tempo di quello del sacco di tela, e del filo metallico che lo sostiene.

Del Gonfiamento della Lingua.

Il gonfiamento della lingua è una malattia grave, che mette in pericolo la vita de' malati, e ne farebbe perire un gran numero, senza i soccorsi della chirurgia.

Questo gonfiamento ha lungo qualche volta durante il corso del vajolo, e verso il declinare delle febbri maligne, o atassiche. Sopravviene di frequente durante l'uso del mercurio, nella cura delle malattie veneree; dipende talora da una contusione, o dal contatto di qualche sostanza velenosa. Varj fatti portano a credere che la bava del rospo, e la bucatura di certi insetti diano luogo a quest' affezione. Qualche fiata si manifesta anche nel tempo di un eschinanzia, pei progressi dell' infiammazione che si estende dalla bocca posteriore, e dalla laringe alla base, indi a tutto il corpo della lingua. Risulta da un fatto conosciuto, che questo gonfiamento è ricomparso in modo periodico.

Questa malattia è preceduta qualche volta da dolore, e da calore vivo nella parte che deve esserne la sede. Altre volte il gonfiamento manifestasi ad un tratto, e fà dei progressi talmente rapidi che in meno di un giorno la lingua riempie la cavità della bocca e qualche volta ne esce fuori. Quest' organo è stato veduto acquistare in pochi giorni un volume tanto prodigioso da uscire per la lunghezza di due o tre pollici e minacciare la soffocazione del malato. Necessario è appena l' aggiungere che questo gonfiamento impedisce completamente la deglutizione; che la parola non può essere articolata, e che la respirazione è sempre laboriosissima. È spesso accompagnato da febbre, ma qualche volta però il polso non è agitato, o non lo è che pochissimo. Questa malattia produce in qualunque caso dell' anzietà considerabilissima, che progressivamente accresce il

bisogno di bere, l'inquietudine, e lo scoraggiamento addivengono estremi.

Il gonfiamento della lingua occupa d'ordinario tutt'il corpo di quest'organo. Vedesi pur non dimeno da un osservazione inserita nelle *Memoires de l'Académie de Chirurgie* che il gonfiamento può limitarsi alla metà della lingua, e non dimeno divenire tanto voluminosa da necessitare dei soccorsi pronti ed energici. Una osservazione analoga si trova nell'Effemeridi di Alemagna, con questa particolarità che la tumefazione la quale non era senza dubbio tanto considerabile quanto nel caso precedente, persisteva da tre settimane, quando si giunse a dissiparla per mezzo delle sanguigne generali e locali.

Il gonfiamento della lingua è una malattia di cui l'andamento è in generale rapidissimo. Può finire nel terzo ed anche nel secondo giorno colla morte, se non vi si apporta rimedio. Allora quando il gonfiamento è mediocre si risolve ordinariamente verso il settimo, o l'ottavo giorno. Se è più considerabile, la suppurazione vi prende piede, come ne abbiamo un'esempio nella Biblioteca Medico-Chirurgica; ma ben più sovente accade però che l'ingorgo conduce o la gangrena della lingua o la soffocazione del malato.

Il trattamento di questa malattia non è lo stesso quando il gonfiamento essendo di poca entità non si oppone alla deglutizione, e quando è talmente considerabile da rendere impossibile questa funzione. Nel primo caso, si può coll'ajuto delle bevande dolcificanti, dei purganti blandi, dei clisteri lassativi, dei pediluvi, sospendere i progressi del male, ed ottenerne la risoluzione. Per coadjuvanti a tali mezzi, allorchè il gonfiamento è d'indole inflammatoria, si adoperano, le sanguigne locali (mignatte sulla lingua, apertura delle vene ranine) e la flebotomia dal braccio. Se ad onta dell'uso metodico di questi rimedj, il male si aggravasse, e la deglutizione divenisse sempre più difficoltosa, indi impossibile, bisognerebbe incidere profondamente la lin-

gua nel senso della sua lunghezza. L'esperienza ha mostrato in modo non equivoco l'efficacia di questa operazione.

Così, ogni qual volta il gonfiamento della lingua è giunto ad un punto tale che il malato non può più deglutire, fà d'uopo ricorrere a delle incisioni profonde sulla lingua stessa; si uniranno a ciò le emissioni di sangue se precedentemente non sono state praticate, e se siavene l'indicazione in conseguenza delle circostanze in cui trovasi il malato. Nel caso che tumido sia un lato solo della lingua, una sola incisione può bastare; però qualche volta bisogna farne due: di rado necessitati siamo, allorchè pure la lingua è totalmente gonfia, di praticarne tre. Ecco in qual modo si procede a quest' operazione: si comincia dal collocare fra le due arcate dentali un cono di legno, per tenere divaricate le mascelle mentre si opera; quindi si porta più vicino che sia possibile della base della lingua la punta di un bisturino lungo ed a lama fine, e si incide profondamente la lingua riconducendo il bisturino dal di dietro in avanti fino all'estremità libera di quest' organo. Se la lingua non è gonfiata che in parte, praticasi una sola incisione sul centro dell'ingorgo; ma quando la lingua è tumida in totalità, bisogna fare delle incisioni ad uguale distanza fra la parte media della lingua, e ciascheduno dei due margini. È indispensabile il tenere la lingua durante l'operazione. Si fissa, coi diti della mano sinistra, convenientemente divaricati per lasciare passare il bisturino, oppure per mezzo di una placca d'argento o d'acciajo, configurata come la lingua, fessa alla distanza di tre linee dai due orli per i due terzi della sua lunghezza onde portarvi il bisturino, ripiegata verso i denti e sostenuta da un manico piatto di tre pollici di lunghezza. Questa placca serve nell'istesso tempo a fissare la lingua, e di guida al bisturino.

Sgorgata che sia la lingua dietro le profonde incisioni che si sono praticate, con prontezza riprende il suo naturale volume. La ferita non offre allora che

una linea superficiale, e si cicatrizza in pochi giorni.
Non vi abbisogna alcuna medicatura; qualunque topico sarebbe inutile, e molto incomodo. Si raccomanda soltanto al malato di lozionare frequentemente la ferita con dell'acqua d'orzo, e del miele rosato onde portar via il sangue e la marcia che ne sgorga; e qualche tempo dopo di lavarsi la bocca coll'istesso liquido, qualora lo stato della lingua più non vi si opponga. Essendo stati chiamati troppo tardi, o se spontaneamente si sono differite troppo le scarificazioni, può accadere che la gangrena invada la lingua oppure che il malato muoja soffocato.

Del Prolasso cronico o caduta della lingua.

Il prolasso della lingua fuori della bocca è ordinariamente un affezione che i bambini hanno nel nascere. A quest'epoca il prolasso non è molto considerabile; ma cresce di giorno in giorno allorchè non si fà veruna cosa per opporsi al di lui aumento. La lingua che in principio apparisce soltanto fra le labbra, cala poi gradualmente fino sul mento e cagiona una difformità grandissima; a misura che vie più si prolunga, il di lei gonfiamento si fà maggiore, e a poco, poco il suo peso trascina l'osso ioide, e la laringe, ciò che cambia i rapporti della faringe col velo del palato, ed allontana l'una dall'altra quelle parti che devono essere contigue onde la deglutizione si operi convenientemente. Così uno degli effetti costanti di questa malattia è il rendere difficile la deglutizione. Lo stato di asciuttore, e di aridità delle fauci prodotta e mantenuta dallo scolo continuo della saliva concorre pure ad accrescere la difficoltà nella deglutizione, e determina un incomoda sete. La posizione della lingua fra le due mascelle si oppone all'uscita verticale dei denti corrispondenti dai loro alveoli, e gli obbliga a dirigersi in avanti. La pressione dei denti deviati e logori, rende difficile

il ritorno dei liquidi nella lingua, e determina una sorta d'infiltramento che ne aumenta di più il volume. Nel tempo medesimo il confricamento quasi continuo della lingua su gl'incisivi e su i canini della mascella inferiore produce, sul luogo di contatto, dell'escrescenze che lasciano sgorgare del sangue; qualche tempo dopo questi denti cadono, come pure qualche volta quelli della mascella superiore; se ne rimangono dei frammenti non oltrepassano che di poco gli alveoli. La mascella inferiore si curva nel suo mezzo, e forma uno scannellamento nel quale si colloca la lingua, mentre i denti molari delle due mascelle toccansi à metà, e servono alla masticazione. Il labbro inferiore si rovescia e si allunga, la mascella pure, sempre abbassata, devia un poco in avanti; in tal modo, la parete inferiore della bocca in vece di formare una concavità, presenta un piano inclinato in avanti ed in basso, disposizione che tende incessantemente ad aumentare la malattia di cui è un'effetto. In fine il volume della lingua diviene qualche volta considerabile tanto da eguagliare la grossezza di un pugno. Succedano alle superficiali escoriazioni delle esulcerazioni profonde da cui sgorga, ora una materia grigiastra, ora della sanie purulenta; qualche volta pure la lingua si asciuga e s'indurisce; cuopresi in qualche caso di papille che sviluppansi allora anche sulla membrana palatina; queste escrescenze sembrano non essere altro che le papille della lingua il di cui volume è aumentato, e fra le quali si scorgono talvolta delle profonde screpolaure. Uno sconcerto maggiore o minore nel tuono della voce accompagna sempre questa malattia, al che si unisce costantemente la difficoltà dell'esercizio della parola.

Abbiamo detto che il prolasso della lingua fuori della bocca era quasi sempre una malattia congenita; in qualche caso però accade più tardi, e tal ora anche dopo la seconda dentizione. Succede allora di frequente alle convulsioni, e sembra dipendere dalla paralisi dei

muscoli destinati a ricondurre indietro la lingua. In questo caso, i denti incisivi e canini non trovansi sporti in fuori, sicchè ciò accade allorchè l'affezione è congenita; ma questi denti sono distrutti a poco, a poco dai continui confricamenti della lingua, e sono residuati progressivamente alla sola radice che finisce pure col cascare.

La situazione della lingua fuori della bocca rende facilissima la cognizione della malattia di cui parliamo, anche per le persone estranee affatto all'arte. Vi sono però delle affezioni nelle quali il medesimo sintomo si manifesta: tale è il gonfiamento inflammatorio della lingua di cui abbiamo parlato precedentemente, ma che differiscene non solo per la rapidità del suo corso, quanto anche pel dolore ed il calore di cui la lingua è la sede, per l'integrità e la disposizione regolare dei denti, e pe' sintomi generali che accompagnano quest'infiammazione. Avvi un'altra specie di prolasso sintomatico della lingua, che differisce meno del precedente dal gonfiamento essenziale, mentre, nell'istessa foggia di quello, ha l'andamento cronico, comincia e cresce con lentezza; intendo parlare del prolasso della lingua prodotto da tumori scirrossi, o tubercolari che si sviluppano nel di lei tessuto, aumentano le sue dimenzioni, e determinano in principio la proeminenza di essa fra le labbra, indi il di lei prolasso fuori della bocca. Un attento esame della parte deviata basterà sempre per fare distinguere se il prolasso è essenziale oppure se è dovuto alla presenza di un tumore che è in ogni caso facile a conoscersi, sia per mezzo della vista, sia pel tatto.

Il prolasso congenito della lingua non è una malattia grave; vi si rimedia facilmente quando è recente; e non è incurabile quando data da lungo tempo. Pur non ostante, se si trascurasse affatto, darebbe luogo a degl'inconvenienti grandissimi: la difficoltà nella deglutizione, la perdita dei denti, lo scolo continuo della saliva influirebbero necessariamente in modo pernicioso

sulla nutrizione, e potrebbero condurre gradatamente la magrezza ed il marasmo. La difficoltà di parlare, e la difformità che accompagnano questa malattia sono pure motivi che devono impegnare il chirurgo a combatterla fino dal suo principio, e ad un epoca in cui meno resiste ai nostri mezzi terapeutici.

Il trattamento varia secondo che la malattia è congenita, o che sopraggiunge dopo la nascita. Nel primo caso, v'e pure della differenza secondo il tempo da cui data la malattia, e secondo i progressi che ha fatti. Se chiamati siamo poco tempo dopo la nascita; basta ordinariamente, per far cessare questa disposizione, che non è mai molto apparente a quest' epoca, di stimolare con un poco di solfato d'allumina polverizzato, e del pepe, l' estremità della lingua ogni qual volta ricomparisce fra le labbra; si obbliga così il bambino a ritirare la lingua nella cavità della bocca, e si previene il prolasso consecutivo di quest' organo. Uno dei mezzi i più efficaci per concorrere a questo medesimo scopo si è di scegliere per quei bambini che hanno una tale disposizione viziosa, una nutrice il di cui capezzolo sia lungo e grosso; con questa precauzione, i bambini non sono obbligati ad allungare la lingua onde esercitare la suzione, come accade quando il capezzolo è piccolo e corto, ed entra appena nella bocca. Se questo mezzo fosse insufficiente, sicchè accade presso certi bambini che poppano situando la lingua sotto il capezzolo, e lo comprimono dalla base alla sommità, bisognerebbe ricorrere, come consigliò Lassus, all'uso del beccuccio, per mezzo del quali si versa il latte in bocca con prestezza tale da obbligare il bambino a ritirare in dietro la lingua, onde moderare l'afflusso del liquido. Nell' intervallo di tempo in cui il bambino non poppa, bisogna far rientrare la lingua nella bocca, ed opporsi alla di lei uscita, tenendo la mascella inferiore a contatto dell' altra per mezzo di una fascia a fionda che si toglie ogni qual volta il bambino ha bisogno di prendere del nutrimento.

Se il volume della lingua fosse troppo considerabile

per poterla rimettere, cioè, per potere essere ricondotta in totalità nella bocca, farebbe d'uopo praticare più volte al giorno sulla lingua, delle lozioni adattate per diminuirne il gonfiamento. Coll'istessa veduta sono fatte pure qualche volta delle scarificazioni sulla lingua, oppure vi sono state attaccate delle mignatte. Se dietro l'uso di questi mezzi non si potesse restituire alla lingua il suo volume naturale, si potrebbe esercitare sù di essa una mediocre compressione, sia per mezzo di una piccola fascia, sia con un piccolo sacco di tela che nel medesimo tempo che comprime la lingua la riconduce in dietro quando è mantenuto come conviene È quasi inutile il dire che quando quest' organo è ruvido ed asciutto, bisogna umettarne la superficie per mezzo di ripetute lozioni, e fomentazioni.

Finalmente, quando il prolasso della lingua è considerabilissimo, molto antico, e quest' organo trovasi in stato fungoso, e varicoso, si può tentare l'amputazione della porzione di lingua che trovasi fuori della bocca. Si legge nelle *Mémoires da la società de Médecine de Montpeillier*, *rédigés par M. Beaumes* anno 1816, parte IV. p. 517, un esempio di quest'operazione praticata con successo. Il malato era un'uomo dell' età di 34 anni nel quale il prolasso della lingua si era annunziato fino dalla sua più tenera gioventù. Nel 1813 questo prolasso era tale che la parte di quell'organo che trovavasi fuori della bocca aveva sette pollici di lunghezza in quattro di larghezza e di grossezza. Il Sig. Mirault, chirurgo d'Angers, al quale il malato s'indirizzò, avendo riconosciuta la natura fungosa, e varicosa del tumore, ne fece l'estirpazione dividendolo trasversalmente in tre parti per mezzo di tre legature. I denti della mascella inferiore erano affatto rovesciati, ed il labbro inferiore aveva prenduto un'accrescimento considerabile. Per rimediarvi, il Sig. Mirault praticò due incisioni a forma di V e riunì con degli aghi la fasciatura unitiva. Il malato si ristabilì completamente.

I varj mezzi che noi abbiamo qui sopra consigliato

non sono applicabili che al prolasso congenito della lingua. Allorchè questa malattia assale un adulto, e che tiene alla paralisi dei muscoli retrattori di quest' organo, fa d' uopo ricorrere ai rimedj consigliati generalmente contro le altre specie di paralisi. La cacciata di sangue può essere necessaria allorchè l' individuo è pletorico, oppure che qualche circostanza particolare fà conoscere il bisoguo di una tale evacuazione; altre volte si applicano i vescicanti alla nuca, e dietro le orecchie, le bevande stimolanti, il muriato di ammoniaca, l'elettricità, il galvanismo: in qualunque caso la riduzione della lingua, e l' applicazione di una fascia a fionda che tiene le mascelle ravvicinate fra loro, non devono essere trascurati e secondano potentemente l'azione dei rimedj che tendono a stimolare la contrazione dei muscoli retrattori della lingua.

Allorchè il prolasso della lingua fuori della bocca è l' effetto dell' infiammazione di quest' organo, la malattia che è allora sempre recente, esige l' uso di quei mezzi che noi abbiamo indicati parlando del gonfiamento inflammatorio della lingua. In ultimo allorchè questo prolasso dipende da tumori scirrosi e tubercolari che si sono sviluppati nel tessuto, o sulla superficie della lingua, il trattamento deve essere diretto contro questi tumori. In ciascheduno di questi casi, il prolasso della lingua non è già la malatiia essenziale, ma il sintomo di un altra affezione.

Se il rovesciamento della lingua nella faringe potesse aver luogo, sarebbe in seguito del di lei prolasso fuori della bocca che converrebbe parlare di questa malattia. Ma ad onta dell'autorità di un nome tanto commendobile quale è quelle di J. L. Petit, non crediamo che si possa ammettere questo preteso rovesciamento della lingua, anche dopo la sezione del frenulo.

Dei tumori cancerosi della lingua.

Tumori cancerosi formansi qualche volta sulla superficie della lingua; in generale ne occupano la punta o i di lei margini. Qeesti tumori piccolissimi in origine, gradatamente aumentano di volume; rimangono indolenti per molto tempo, ed anche per più anni prima di farsi dolenti; i malati vi sentono delle lancinature, in principio distanti fra loro, ma che divengono di giorno in giorno più frequenti. Il tumure aumenta di volume, e termina qualche volta coll' esulcerarsi. La superficie dell' ulcera è dura, livida; di tempo in tempo lascia trasudare una certa quantità di sangue, e prepara continuamente una materia saniosa il di cui odore è tanto nauseante che il più tenero amico, la sposa più affezionata non possono vincire quel disgusto che ispira. Il male fà dei continui progressi; il malato stanco, fatigato dalla sua trista esistenza, spossato o dalla febbre etica, o dall' emorragie, oppure da ogni una di queste cause riunite insieme, soccombe in meno di un anno, nello spazio di qualche mese, e prima che l' ulcera abbia erosa la metà della lingua.

Bisogna guardarsi bene dal confondere i tumori cancerosi della lingua cogl'ingorghi duri, ed apparentemente scirrosi di quest' organo, occasionati dal *virus* venereo. Questo ingorgo occupa la grossezza della lingua, e qualche volta i margini e la punta di essa sono unicamente preservati. La di lei superficie presenta d'ordinario una o più fessure di maggiore o minore profondità, ma che non lasciano sgorgare verun' umore. Non attacca, in ogni caso, che persone che hanno avuta la malattia venerea e che sono state male guarite; non è dolente; rende solo difficile la masticazione e la parola. Più volte ho osservato questa malattia, e sono giunto sempre a guarirla facendo subire ai malati un trattamento anti-venereo generale, e facendoli tenere frequentemente in bocca del sugo di lattuga. Quest' ultimo mezzo

è raccomandato da Galeno che assicura di averlo veduto adoperare con successo unitamente a delle pillole composte d'aloe, di scamonea e di colloquintida, in un uomo di 60 anni che aveva la lingua tumefatta talmente che la bocca non poteva contenerla.

Non possono guarirsi i tumori cancerosi della lingua che portandoli via per mezzo dei stromenti taglienti, e poi cauterizzando, quando bisogna, la ferita con un ferro incandescente, onde distruggere i resti della malattia che sarebbero potuti sottrarsi all' azione del taglio dello stromento. La maniera di praticare quest' operazione differisce secondo che il tumore è sostenuto da un peduncolo, o che la base trovasi confusa col tessuto proprio della lingua; ed in quest' ultimo caso, il processo operatorio deve esser pure modificato secondo che la malattia è limitata alla superficie della lingua, o che si estende più o meno profondamente nella grossezza di essa.

Nel caso in cui il tumore è sopportato da un peduncolo, bisogna, secoudo il precetto di Louis, acchiapparlo con un doppio oncino, e farne l' eccisione per mezzo di forbici curve per piatto, più vicino che sia possibile dalla superficie della lingua; applicasi quindi il cauterio attuale sulla parte all' effetto di distruggere tutto il male, e prevenirne la recidiva. Allorchè la malattia occupa per una certa data larghezza uno dei margini della lingua, senza penetrare profondàmente nella di lei tessitura, può farseae l'eccisione per mezzo di forbici, quindi bruciare, non solo per diminuire tutto il male, ma ancora per arrestare l' emoragia.

Finalmente, quando il tumore canceroso occupa, la punta della lingua per una certa profondità, Louis consiglia di tagliare trasversalmente la parte malata. Io ebbi occasione di trattare un'affezione di questa specie, e seguii un altro metodo. Pensai che si potesse circoscrivere il tumore a destra ed a sinistra con due incisioni dirette dall' avanti in dietro, e riunite dietro di lui ad angolo acuto; che per mezzo della sutura avrei potute riunire

le due porzioni della lingua. Ecco in qual caso, e come praticai quest' operazione: il tumore si estendeva dalla punta della lingua che era un poco biforcata, fino a nove, o dieci linee nella grossezza di quest' organo; il di lui diametro trasverso era un poco minore, e la durezza non comprendeva i margini stessi della lingua. Feci sedere il malato in una sedia, colla testa appoggiata al petto di un ajuto; fù messo un tappo di sughero fra i denti molari onde tenere divaricate le mascelle. Situato in faccia al malato, gli feci tirar fuori la lingua, e ad effetto di assoggettarla impegnai un oncino semplice nella parte malata. Prendei il margine destro di quest' organo col pollice ed indice della mano sinistra, e con le forbici rette, fendei in un sol colpo fin oltre il tumore. Lasciai sputare per alquanto tempo il malato, indi strinsi nuovamente la lingua nella parte affetta sempre colla mano sinistra, e con due colpi di forbici feci una seconda incisione al difuori delle mie dita, e del tumore: quest' incisione si riuniva all' altra ad angolo di circa cinquanta gradi. Il tumore si trovò in tal guisa compreso, e portato via in un lembo che aveva dieci o dodici linee di diametro, a contare dalla punta della lingua al vertice dell' angolo. Il malato dopo avere sputato quel sangue di cui la sua bocca era ripiena, presentò la lingua onde io praticassi le suture: con un piccolo ago curvo traversai dal di fuori al di dentro il lembo sinistro e dal di dentro al di fuori il destro, ad una linea e mezzo circa dalla loro punta. Le due estremità del filo furono riunite e tenute in avanti da un' ajuto, ma senza quasi tirare; mentre avendo voluto lottare contro la retrazione dei muscoli della lingua, si sarebbe strappato quest' organo. Un secondo punto di sutura fù passato nell' istesso modo nel mezzo dello spazio compreso fra il primo e l'angolo della ferita, entrando e uscendo l'ago alla superficie superiore della lingua, e passando come il primo punto, fra i tre quarti superiori della sua grossezza, ed il quarto inferiore. Immediatamente strinsi questo punto per mezzo del nodo da chirurgo, ed un

secondo nodo semplice. Il primo punto fù stretto nell' istessa guisa, e siccome alla faccia inferiore della divisione rimaneva una specie di scannellamento, vi fù praticato un terzo punto di sutura ad uguale distanza degli altri primi, due indi annodato come essi. Tutti i punti di sutura furono stretti bastantemente onde le labbra della ferita fossero esattamente a contatto all'oggetto di prevenire l' infiltramento della saliva fra di loro, ciò che impedire avrebbe potuto la riuuione Questo stringimento non dava luogo a verun' inconveuiente, per non esservi lateralmente tendenza in alcun modo alla retrazioue. Del resto poi fù poco dolorosa come pure tutt' il rimanente dell' operazione. Non si presentò emoragia di sorta alcuna; il semplice contatto dei labbri della ferita bastò per prevenirla. Era stato preparato l' appareechio di Pibrac, ma il malato non potè sopportarlo a motivo del vomito che gli provocava. Il dolore ed il gonfiamento della lingua furono piuttosto considerabili nè due primi giorni. Il terzo, si ripulì la lingua, e si scuoprì che la riunione era stata fatta bene; la deglutizione era difficoltosissima. Questi sintomi diminuirono nei giorni susseguenti. La guarigione fù completa nell' ottavo; la lingua aveva la sua forma, e quasi il suo volume naturale; non offriva che una cicatrice lineare, senza veruna traccia di biforcazione alla di lei cima.

Nell' osservazione che ora ho riportato si capisce che i lati della lingua erano teneri, e non partecipavano in guisa veruna della malattia. Se fosse stato diversamente, e che il tumore canceroso occupasse tutta la punta della lingua, bisognerebbe seguire il metodo consigliato da Louis, cioè a dire, amputare trasversalmente tutta la parte malata. Se il tumoro non occupasse che un sol lato, si circoscriverebbe col bisturino, in modo da conservare alla lingua una forma meno irregolare che sia possibile. È stata fatta menzione di una tale operazione nel Tomo 71 del *Journal de Médecine* : il tumore fù portato via col bisturino *due linee*

oltre la parte sana, ed il chirurgo ebbe cura di dare una forma alquanto allungata a ciò che rimaneva della lingua. L'emoragia fù arrestata dal cauterio attuale. Il malato si sciaguattò frequentemente la bocca con dell'acqua mielata, e la guarigione fù completa nel venticinquesimo giorno.

L'ablazione dei cancri della lingua non è sempre seguita da successo, anche allora quando il tumore è circoscritto. Si vede qualche volta che il cancro si riproduce dopo essere stato amputato completamente, e la ferita cauterizzata con un ferro incandescente. In questo caso, come pure in quello in cui l'estenzione non permette di tentare l'amputazione, bisogna limitarsi all'uso dei rimedj calmanti e dolcificanti.

Delle ulcere della lingna.

La lingua è sottoposta ad ulcere di diversa specie, mantenute da diverse cause interne o locali. Fra il numero di quest'ulcere, le une sono l'effetto del vizio scorbutico, altre sono veneree, altre cancerose. Queste ultime devono essere amputate quando la loro superficie è dura, e l'alterazione del tessuto proprio della lingua è estesa tanto da non potere, essere distrutta dal cauterio attuale. Esse appartengono ai cancri della lingua di cui abbiamo parlato nell'articolo precedente. Le ulcere veneree riconosconsi al loro colore grigiastro, ed alla disposizione dei loro orli che sono tagliati perpendicolarmente: le circostanze commemorative ed i buoni effetti delle lozioni mercuriali servono pure a farle distinguere nei casi dubbiosi. Le ulcere scorbutiche sono caratterizzate specialmente dal loro aspetto livido, fungoso, dallo scolo sanioso, e fetido che ha luogo alla loro superficie, e dalla coesistenza di diversi altri sintomi di scorbuto. Le affte ancora producono sulla lingua una specie particolare di esulcerazione di cui parleremo più tardi. Finalmente avvi una causa locale che produce, e mantiene sui lati della lingua ulcere ribelli

a qualunque rimedio, perchè non se ne conosce la cagione. Potressimo ingannarci sulla loro natura ad un punto tale da giudicare necessaria l' estirpazione di una porzione di lingua, quando poi non fà d' uopo, per guarirle, che di praticare l'estrazione di un dente da cui è ferita la lingua, ed anche semplicemente di raddirizzarlo o limarlo. Questa specie di esulcerazione è il soggetto principale di quel capitolo che Celso ha scritto sulle ulcere della lingua: assai prima è stata indicata da Ippocrate nel libro delle predizioni. Ecco in qual modo si esprime egli a questo proposito (Sect. 2 p. 96 ed. Foes, Ginevra, 1657): *quibus vero ad linguae latus ulcus sit diuturnum, animadvertendum est dentibus qui juxta sunt.*

Il trattamento varia dunque in ciascheduna di queste diverse specie di ulcere, secondo la causa che le produce e le mantiene. L' ulcera sifilittica esige l' uso locale, e l' amministrazione interna dei mercuriali. L'ulcera scorbutica l'uso delle lozioni stemperate con l' acido muriatico, e l' uso interno delle bevande, e dei sughi antiscorbutici combinati con adattato regime. L' ulcera prodotta, e mantenuta dalla cattiva disposizione di un dente persiste fintanto che non sia stato levato il dente medesimo, o distrutte colla lima o in qualunque altro modo le punte che irritano e feriscono la lingua.

Della perdita della Lingua.

La mancanza della lingua può essere il resultato di una violenza esterna; può dipendere dalla gangrena manifestatasi durante il corso di un infiammazione violenta di quest' organo. Questo fenomeno si è presentato più volte nei bambini attaccati dal vajolo: è pure sembrato che in qualche caso determinato fosse dalla gangrena asciutta e primitiva della lingua che è cascata poi in totalità.

Gl' individui che hanno perduta la lingua per una causa qualunque sono ordinariamente privi della facoltà

di parlare per un tempo più o meno lungo: la deglutizione, e sopra tutto la masticazione non si operano che con difficoltà per lo spazio di un anno, o più; se si esamina l'interno della bocca, si distingue una doppia papilla, poco voluminosa ma mobile che occupa il luogo in cui si presenta ordinariamente la base della lingua.

Ma allora quando quest' organo è distrutto da più lungo tempo, le persone che lo hanno perduto imparano a poco a poco a proferire qualche parola; il più sovente finiscono col parlare distintissimamente, o coll' esercitare liberamente la masticazione e la deglutizione, riacquistano anche per intiero la facoltà di distinguere i sapori, si hanno perfino degli esempj di taluni che cantavano con tanta facilità come se perduta non avessero la lingua. In ultimo, in diversi casi vi sono stati degli uomini dell'arte che hanno messa in dubbio l'assenza della lingua presso individui che esercitavano perfettamente tutte quelle fuuzioni di cui la lingua è l'agente principale, e non arrendersi che all' evidenza che acquistavano explorando le parti.

Non dimeno accade qualche volta che le persone che hanno perduta la lingua non riacqistano, anche in capo ad un tempo lunghissimo, la facoltà di parlare. La chirurgia può fino ad un certo punto rimediare a questa mutità accidentale per mezzo di un piccolo istromento di legno disposto a guisa di scodella, e che situasi dietro i denti incisivi della mascella inferiore. Ambrogio Pareo parla di un » tale che ebbe tagliata porzione della lingua » e per quasi trent' anni non potè farsi intendere colla » parola. Accadde che essendo al campo co' mietatori » bevendo ad una scodella di legno molto fine, uno di » essi gli fece solletico mentre aveva la scodella fra i » denti e proferì delle parole da farsi intendere. Quindi » ripetendo ciò, avvedendosi di avere con questo mezzo » parlato, riprese la sua scodella, e si studiò di metterla » nella stessa situazione in cui era di prima: e da capo » parlò, in guisa da poterlo ben capire per mezzo della

» detta scodella ; per un pezzo la portò seco onde fare in-
» terpetrare ciò che voleva dire, mettendosela sempre
» tra i denti. Qualche tempo dopo pensò, (guidato dalla
» necessità che è maestra delle arti) di far costruire un
» istrumento di legno, per mezzo del quale faceva capire
» colle parole tutto ciò che voleva dire » (1). Da questa
epoca in poi, Pareo osservò i buoni effetti di questo
mezzo sopra un giovinetto a cui era stata tagliata
la lingua e che non dimeno » col benefizio di questo
» stromento proferiva così bene le parole che potevasi
» capire affatto in tutto ciò che voleva dire, e spie-
» gare ».

Così nel caso in cui per effetto della gangrena, o
per tutt' altro motivo, la lingua fosse distrutta, e la parola
intieramente perduta, si potrebbe ricorrere all' uso di
un istromento analago a quello di cui Ambrogio Pareo
ha fatto uso, e di cui l' immagine è stata da esso fatta
rappresentare nelle di lui opere. Ma ripensando che
degl' individui i quali da più anni erano privi della facoltà
di parlare, l'hanno qualche volta prontamente ricuperata,
non devesi consigliare l'uso di un simile stromento che
allora quando siamo ben convinti che ad onta dei loro
tentativi quest' individui non possono articolare i suoni.

Diversi autori hanno sostenuto che la lingua dopo
essere stata tagliata, o distrutta dalla gangrena poteva
rigenerarsi. Quest' errore non ha bisogno nemmeno di
essere confutato. È cosa evidente che quelli che hanno
creduto di vedere questa rigenerazione hanno confuso la
gangrena dei tegumenti con quella del corpo della lingua,
come appunto è stata qualche volta presa per gangrena
della verga quella della pelle che la ricuopre.

---

(1) Libro 23 capit. v, p. 675.

Delle Adesioni congenite che rendano difficili o impediscono i moti della lingua.

Le adesioni congenite che impediscano che la lingua eserciti quei moti che le sono proprj, devono tanto più fissare l' attenzione, in quanto che esse non sono molto apparenti, e che non si discuoprono senza un esame attentissimo, poi che la lingua non offre in generale alla sua faccia superiore ed alla sua circonferenza verun segno di cattiva conformazione.

Tali adesioni congenite si presentano sotto diversi aspetti: ora si scorge sotto la lingua un tumore; una cercine carnosa che prendere si potrebbe per una seconda lingua; altre volte il frenulo si estende fino vicino alla punta della lingua e si oppone ai di lei moti; in altri casi, il medesimo effetto vien prodotto da delle brigliettine laterali; in altri finalmente, la lingua aderisce colla sua faccia inferiore alla parete corrispondente della bocca.

La cercine carnosa, che è stata nominata ancora tumore sublinguale, ha formato il soggetto di varie osservazioni comunicate da Faure all' Accademia Reale di Chirurgia. L' aveva trovata su diversi neonati, e che non potendo poppare, erano in pericolo di perire per mancanza di nutrimento. Questa cercine si presenta sotto la forma di un tumore bruno, e bastantemente consistente, che offre in qualche caso le medesime dimenzioni della lingua sotto cui è collocata; impedisce la suzione, e reclama i soccorsi i più solleciti. La sezione di questa cercine è il solo mezzo per rendere alla lingua la libertà de' suoi moti, ed in conseguenza per sottrarre il fanciullo alla morte che gli sovrasta.

Ecco in qual modo si procede a quest' operazione: un ajuto stringe il naso del bambino colle dita onde forzarlo ad aprire la bocca; si assoggetta la lingua col pollice, ed indice della mano sinistra, voltando la palma della mano verso il naso del bambino; questi due diti servano di guida alle branche delle forbici bottonate

con le quali praticasi la sezione di cui si tratta. Secondo il precetto di Faure, bisogna alzare la lingua con tanta forza bastante da allungare la cercine carnosa che si vuole tagliare. Quest'allungamento che rende l'incisione più facile, ha pure il vantaggio di slontanare i vasi ranini, e di rendere più remoto il caso di aprirli. La ferita guarisce ordinariamente in pochi gorni; la saliva del bambino, il latte di cui si nutrisce servono in qualità di topici; per prevenire l' agglutinamento delle parti divise, basta di passarvi il dito varie volte al giorno. In qualche caso è bastato di fare sulla cercine carnosa diverse scarificazioni colla lancetta onde produrne la depressione, e rendere alla lingua la libertà de' suoi moti. Sè si fosse aperta l' arteria o la vena ranina, farebbe d'uopo primieramente cercare di frenare il sangue per mezzo dei stittici, se non bastassero, sarebbe meglio ricorrere al cauterio attuale, di quello che adoperare la compressione spesso insufficiente, e sempre molto incomoda pel piccolo malato. Il modo di cauterizzare è questo: si alza la lingua con due dita della mano sinistra, nel tempo che un'ajuto tiene abbassata la mascella inferiore; s' impugna colla mano destra uno stile bastantemente caldo, e si applica sull'apertura del vaso; il sangue arrestasi nel medesimo istante. Questa bruciatura non cagiona che un'istantaneo dolore, non produce verun accidente, non è susseguita da alcun incomodo. Accade diversamente adoperando la compressione che costringe all' applicazione in bocca dell' agarico, o altre sostanze: sospende per un certo dato tempo la suzione di cui il bambino ha un bisogno tanto urgente. Quanto alla legatura, che non ha quest' inconveniente, può averne uno assai più grande, quello cioè di provocare delle convulsioni, e di determinare la gangrena della lingua; come Riolan ne ha veduto degli esempj.

Il prolungamento del frenulo che qualche volta si estende su tutta la faccia inferiore della lingua, la di lui strettezza che impedisce che quest'organo possa elevarsi,

e venga in avanti, rendono talora, ma di rado, la suzione impossibile, o incomodano l'esercizio della parola. In tutti due i casi, bisogna farne la sezione trasversale secondo l' istesso processo che conviene per la cercine carnosa; fà d'uopo applicare pure il cauterio attuale sui vasi ranini, quando sono stati aperti, e che l'uso prolungato alquanto del ghiaccio, dell'agarico, ovvero la compressione esercitata coi diti non sono bastati per arrestare il sangue.

Non si deve tagliare il frenulo della lingua che dopo un' attentissimo esame. Troppo sarebbe che tutti i bambini che si dice che hanno il frenulo avessero bisogno di una tale operazione. Ogni qual volta un bambino non può poppare, i genitori, e le nutrici l'attribuiscono al frenulo, ma vi sono molte cause che possono rendere difficile la suzione, e la cattiva disposizione del frenulo è una delle più rare.

Delle brigliette membranose situate sui lati della lingua, sono pure un' ostacolo a questa funzione. Queste brigliette occupano qualche volta i due lati della lingua, ed altre uno solo. In qualche caso sono eguali a destra ed a sinista; in altri casi una di loro è più stretta o più corta dell' altra. Trovandosi quest' ultima disposizione la lingua è un poco voltata da quel lato da cui la briglietta ha la minore lunghezza, e spesso il chirurgo non scorge che questa. Ma dopo averla tagliata, la lingua trovasi deviata dal lato opposto, e questa circostanza conduce naturalmente il chirurgo a supporvi l' esistenza di un altra briglietta. Quando l' una e l'altra sono state recise per mezzo delle forbici bottonate, la lingua prende la sua direzione naturale ed il libero esercizio delle di lei funzioni. Queste brigliette sono aderenti con una delle loro estremità al margine della lingua, coll'altra aderiscono alla parte interna della gingiva corrispondente. Si legge nelle *Mémoires dell'Académie de Chirurgie* un'osservazione in cui una briglietta di questa specie, aderente con una delle di lei estremità al lato sinistro della lingua, andava ad impiantarsi

coll' altra alla faccia interna della gota passando sopra l' arcata alveolare. Questa briglietta era unica ; il lato opposto era libero. Questo vizio di conformazione era di facile distruzione; un solo colpo di cisoie basta per tagliare ogni una di queste brigliette. Se esse avessero una certa lunghezza, e che i lembi che resultano dalla sezione potessero divenire incomodi, si taglierebbe la briglietta in due volte, primieramente al livello della gota, indi al livello della lingua.

Qualche volta l'ostacalo che si oppone alla suzione è di una natura diversa : esaminando l' interno della bocca, non si distinguano ne tubercolo, o cercine carnosa, ne brigliette che rendino difficile i moti della lingua; ma se si vuole passare il dito fra la faccia inferiore di quest' organo, e la parete corrispondente della bocca, si conosce che in totalità, o in parte l'una e l' altra sono aderenti. Si leggono nelle *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, degli esempj di queste due specie di adesioni. Nell' uno e nell' altro caso, se la suzione non è impossibile, è almeno considerabilmente renduta difficile. Il solo mezzo di restituire alla lingua la libertà de' suoi moti, è di dissecare l' aderenza che l' unisce alla parte inferiore della bocca. A quest' oggetto, bisogna come fece Sernin, situare il bambino trasversalmente sui ginocchi di un ajuto, e tenere la bocca aperta per mezzo di una sbarra ; il chirurgo situato dietro il bambino rovescia leggermente la testa del piccolo malato fra i di lui ginocchi, ed alzando col dito medio, e l' indicatore della mano sinistra la piccola estremità della lingua, ne disseca la parte inferiore con un coltellino, per lo spazio di un' estenzione conveniente. Si può adoperare, onde arrestare il sangue, e prevenire il riattaccamento delle parti divise, le stesse precauzioni che nei casi precedenti, ma queste precauzioni non sono sempre necessarie : spesso il sangue rimane prontamente da per se, come pure i moti continui che esercita il bambino, bastano per impedire l' agglutinamento delle superfici dissecate. Nei

casi di adesione parziale della lingua alla parete inferiore della bocca, fà d' uopo ricorrere alla medesima operazione. Se l'adesione ha poca larghezza, si distrugge con un paro di forbici bottonate; se è troppo larga per essere recisa in questa guisa, si adopera il bisturino.

Ogni qualvolta i moti della lingua sono stati difficoltosi per nn certo tempo, e che la suzione non potè effettuarsi che in un modo insufficiente, i bambini sono tormentati da vorace appetito, cui non potrebbero sodisfare senza incoveniente: bisogna raccomandare perciò alla madre, o alla nutrice di non permettere al bambino che di prendere per volta una piccola porzione di latte.

ARTICOLO XI.

Delle Malattie delle Amiddali.

Le amiddali possano essere attaccate da infiammazione, da tumori di diversa specie, da ulcere ec.

Dell'Angina o Eschinanzia tonsillare.

L' infiammazione delle glandule amiddali, e del velo palatino, è detta angina, o eschinanzia tonsillare, giacchè le glandule che sono principalmente la sede della malattia, sono chiamate pure tonsille. Quest' infiammazione può occupare una sola tonsilla, oppure estendersi a tutte due; può essere intensa o leggera, acuta o cronica.

L'angina tansillare è una malattia delle più frequenti: qualche volta regna epidemicamente nella primavera, e nell' autunno; ma specialmente nella primavera, allorchè la temperatura, dopo essere stata fredda per lungo tempo passa repentinamente ad uno stato opposto Non vi ha età che ne sia escnte; ma non vi sono tutte egualmente sottoposte: l' infanzia, l'adolescenza, e la gioventù

vi vanno molto più soggette di quello che l'età matura e la vechiaja. Il temperamento sanguigno è considerato come causa predisponente di questa malattia. Il contatto di un corpo caldissimo o freddissimo sulle tonsille, la deglutizione di sostanze acri, l'ispirazione di un qualche gas irritante, il cammino, la corsa, l'equitazione contro il vento, gli urli, il canto forzato, la declamazione, l'uso degl'istromenti a vento, sono le cause principali dell'angina tonsillare; a cui si può aggiungere il raffreddamento del corpo, e particolarmente quello dè piedi, l'uso degl'abiti leggeri, e l'impressione di un'aria fredda sulla nuca o sulla parte anteriore del collo. Ma l'angina tonsillare manifestasi spesso senza che apparisca che una qualunque causa esterna l'abbia provocata, ed allora riguardasi come l'effetto di un principio morbifico, o di una causa interna.

I sintomi dell'angina tonsillare variano secondo che essa è acuta o cronica, leggera o intensa, e secondo che occupa le due amiddali oppure una sola.

L'angina tonsillare acuta comincia con un dolore leggero accompagnato da calore, e da asciuttore nel fondo della gola: il malato prova quasi continuamente il bisogno d'inghiottire la sua saliva, e qualunque siasi moto della deglutizione aumenta il dolore. Se esaminasi allora l'interno della bocca, facendo abbassare la mascella inferiore e deprimendo col dito indice oppure col manico di un cucchiajo la base della lingua, si scorge una tonsilla o tutte due più rosse e più voluminose di quello che sia nello stato ordinario.

La secrezione mucosa che ha luogo in questi organi è primieramente soppressa; indi si ristabilisce, ma con delle qualità ed in proporzione diversa da quelle che le sono naturali. Ed infatti il liquido fornito dalle amiddali diviene sischioso, fa dè fili, è tenace, e la dilui quantità è manifestamente cresciuta; ora determina un continuo bisogno di esercitare la deglutizione, o di sputare, ora obbliga i malati a stare inclinati, a

bocca aperta, onde premettergli, come pure alle altre mucosità che scolano senza interruzione, una facile uscita.

La deglutizione è sempre incomoda e dolorosa; in qualche caso non può farsi che con estrema difficoltà, in altri addiviene affatto impossibile. La difficoltà nella deglutizione è sempre proporzionata al gonfiamento delle tonsille, e questo gonfiamento offre molte varietà. Qnalche volta è appena percettibile; in qualche caso rende doppio il loro volume; altre volte in fine giunge ad un grado tale che le due glandule si toccano colla loro faccia interna, e che il passaggio delle bevande e della saliva diviene completamente impossibile. L'alterazione della voce accompagna pure il gonfiamento delle amiddali. Fintanto che la tumefazione è soltanto mediocre, l'articolazione dè suoni è incomoda, dolorosa, senza neppure cessare di essere distinta: quando l'ingorgo è più considerabile, i malati non articolano che con pena e lentezza pochi suoni confusi, nei quali si distinguono ancora le parole: a periodo più inoltrato il malato non può far più sentire veruna parola.

Riguardo al dolore, non è sempre proporzionato al gonfiamento; spesso anche, e ciò accade quando la tonsilla suppura, il gonfiamento continua a fare dei progressi mentre il dolore và diminuendo, come pure quando è affatto cessato.

Varj sintomi generali precedono, ed accompagnano l'angina tonsillare, quando offre almeno una certa intensità. In qualche caso l'angina è preceduta da brividi ai quali succede l'aumento di calore, la frequenza nel polso. Questi due sintomi aumentano per gradi, fino a che i sintomi locali dell'infiammazione delle tonsille cominciano a manifestarsi. Qualche volta allora i sintomi febrili che avevano preceduta quest'affezione persistono con lei, ora si dissipano appena che essa ricomincia; in qualche caso la febbre per la prima volta sopravviene oppure ricomparisce a quell'epoca, in cui il gonfiamento delle amiddali diviene più considerabile. Accade

pure a quest' epoca, che sovente il viso prende un colore rosso molto intenso, e che talvolta anche si fà apparentemente tumido; sovente ancora all' istessa epoca, la respirazione mostrasi imbarazzata, sopra tutto quando l' ingorgo delle tonsille è portato ad un grado tale da impedire il passaggio dell' aria dalla bocca. Ma l' incomodo della respirazione nell' angina tonsillare, è sempre assai meno considerabile di quello della deglutizione.

L' infiammazione è qualche volta limitata ad una sola tonsilla; ma più spesso le invade tutte due, sia in una volta, sia successivamente. In qualche caso non comincia a manifestarsi nella seconda che dopo avere percorsi tutti i suoi periodi nella prima, talora anche dopo avere ivi determinata la formazione di un' ascesso. In qualunque caso sia che l' infiammazione cominci e finisca simultaneamente, ovvero ad epoche diverse nelle due amiddali, quasi sempre accade che non offre la medesima intensità, e che il dolore, ed il gonfiamento sono più considerabili nell' una che nell' altra. In certi casi anche l' infiammazione termina da una parte per risoluzione, dall' altra per suppurazione. Quasi sempre il velo pendulo palatino partecipa dell' infiammazione; diviene rosso, tumido, doloroso; non eseguisce che imperfettamente le sue funzioni, e non si oppone più al passaggio delle bevande nelle fosse nasali: così l' uscita dei liquidi dalle narici è uno dei sintomi dell' angina tonsillare. In qualche caso, l' infiammazione si estende ancora verso la faccia esterna delle amiddali, e le parti laterali, e superiori del collo offrono esse pure una tumefazione dolente, che impedisce l' abbassamento della mascella inferiore, e per conseguenza non da campo al chirurgo di riconoscere per mezzo della vista lo stato delle parti. È cosa non tanto rara il vedere propagarsi l' infiammazione per la tromba di Eustachio fino nell' orecchio interno. Questo sintomo accompagna quasi sempre l' angina tonsillare. Qualche volta ne risulta la sordità passeggera, e bene spesso i malati credono di sen-

tire una sorta di crepitazione nell' orecchio, ogni qual volta esercitano la deglutizione.

L' angina tonsillare dura ordinariamente da tre in quattro giorni. Finisce nella maggior parte de' casi colla risoluzione, qualche volta colla suppurazione, l' indurimento, o la gangrena. L' angina può terminare anche per metastasi sui polmoni, sul cervello, o sull' addoma: allora manifestasi una gravissima malattia all' epoca in cui l' angina sparisce.

La risoluzione che più spesso termina l' angina tonsillare è accompagnata dall' esalazione di mucco in principio limpido, e vischioso, che a grado, a grado diviene opaco, e qualche volta albuminoso. Se a quest' epoca si esaminano le parti malate, si vedano nelle piccole escavazioni di cui è guarnita la superficie delle tonsille, piccoli grumi biancastri che aderiscono piuttosto con forza, e che delle persone poco esercitate potrebbero facilmente credere escari superficiali.

Allorchè l' angina tonsillare deve terminare colla suppurazione, si osserva che dopo di avere diminuito d' intensità, la malattia si prolunga oltre il termine ordinario; che la deglutizione che si era fatta più libera allora quando il dolore era diminuito di violenza, si eseguisce di nuovo con maggiore difficoltà; se la mascella può abbassarsi liberamente, si vede una tonsilla oppure tutte due più voluminose, più lisce, e più unite alla loro superficie di quello che lo fossero state fino a quel momento. Qualche volta formano in un punto della loro superficie una leggera proeminenza, e presentano un colore più pallido: se applicasi il dito su questa parte, vi si distingue facilmente della fluttuazione. Nei casi in cui la mascella inferiore non può abbassarsi, è più difficile di conoscere se la flemmasia sia per terminare colla suppurazione: bisogna riunire allora tutti i segni razionali che possano indicare questo termine; fà d' uopo aggiungere a quelli che abbiamo indicati, quei leggeri brividi, que' moti febrili irregolari che accompagnano quasi sempre la formazione della marcia; ma questi diversi segni

non servono mai a stabilire un giudizio certo; è indispensabile tentare almeno di portare il dito sulle parti malate quando l'occhio non può scuoprirle. A quest'effetto, si principia dal collocare fra i due incisivi un cono di legno di poca grossezza; se ne sostituisce a questo uno più grosso, che gradatamente si spinge dall'avanti in dietro, fra gli ultimi denti molari, dimodochè l'allontanamento delle mascelle non abbia luogo che lentissimamente: s'insinua allora il dito indicatore profondamente in bocca, verso lo stretto delle fauci, e si giunge fino alla tonsilla stessa, di cui si riscontra il volume, la durezza, e nella quale si distingue facilmente la presenza di un liquido.

Abbiamo detto che l'angina tonsillare termina qualche volta per indurimento; cioè a dire, che dopo essere aumentata di volume in tempo del periodo dell'infiammazione, la tonsilla non recupera il suo volume naturale, e rimane più grossa e più dura che prima della malattia. Allorchè la flogosi si sviluppa più volte nell'istessa tonsilla, rimane questa ogni volta più voluminosa; ne risulta un'incomodo continuo nella bocca posteriore, incomodo che sopra tutto si manifesta nell'atto della deglutizione, e che obbliga qualche volta a ricorrere ad un'operazione particolare, alla recisione delle parti tumide. Del resto, la tonsilla gonfiata in tal guisa non è sucettibile di divenire scirrosa, e questa specie d'indurimento non offre nulla d'allarmante; non presenta altro inconveniente che quello d'incomodare il passaggio dell'aria e degli alimenti.

È raro che l'angina finisca colla gangrena quando limitasi alle tonsille. Pur non dimeno qualche volta, quando l'infiammazione è molto intensa si scorge formarsi sopra una di esse, o sulle due a un tempo, una o più macchie biancastre, o grigiastre che si estendano in larghezza, indi cessano di fare dei progressi, e si distaccano sotto la forma di escara. Questa malattia non deve essere confusa coll'angina gangrenosa propriamente detta, di cui parleremo fra poco.

L' angina tonsillare è una malattia soggettissima a ricomparire presso quelle persone che ne sono state una volta affette; si vedano molte persone che ogni anno ne rimangano attaccate una o più volte. In qualche caso, si riproduce a dell'epoche fisse per esempio, in primavera o in autunno, oppure anche in queste due stagioni, sia che le angine precedenti siano state giudicate per risoluzione sia ancora che la tonsilla abbia suppurato.

La cura di questa flogosi varia secondo l' intensità della malattia, l' imbarazzo che determina nella deglutizione, e la respirazione, e il modo con cui è terminata.

Quando l' angina è regolarissima, basta l' allontanare le cause che potrebbero aggravarla. L' uso di un gargarismo acidulato può anche affrettare l' epoca della guarigione. Allorchè la malattia offre una certa intensità, si raccomanda di tenere coperto, e caldo il collo, e la mascella; vi si applicano pure dei fomenti e dei cataplasmi emollienti; si prescrivano dei gargarismi mucillaginosi, bagni locali di vapori emollienti diretti nella bocca, bevande dolcificanti, ed una severa dieta. Se questi mezzi non bastano, si attaccano delle mignatte al collo, vicino all' angolo della mascella inferiore. Finalmente, nel caso in cui la malattia ha un' intensità anche maggiore, bisogna aver ricorso fino dal cominciamento di essa, alle sanguigne locali; ai pediluvi irritanti, e, se i sintomi generali non vi si oppongono, alla flebotomia. La cacciata di sangue dal braccio è comunemente più vantaggiosa di quella del piede: qualche volta è stata quest' ultima seguita da una metastasi funesta, o per lo meno da cagionare molta inquietudine, sui polmoni, o sul fegato. Bisogna preferire dunque le sanguigne dal braccio, quantunque non sia certo che l' emissioni di sangue dal piede abbiano determinati quegli accidenti che sono sopraggiunti dietro il loro uso. In qualche caso, è utile di unire alle sanguigne l' applicazione di un vescicante alla nuca. Se vi fossero segni d' imbarazzo gastrico si ricorrerebbe ad un vomitatorio: l' uso dei clisteri emollienti, dei blandi purganti, con-

viene in tutti i casi di costipazione; è indicato doppiamente se esista un'imbarazzo intestinale. Qualora l'angina avesse tenuto dietro alla soppressione di un'evacuazione abituale di sangue, si attaccherebbero delle mignatte il più vicino possibile al luogo da cui l'emoragia si effettuava, intorno all'ano, alla vulva nel caso di soppressione del flusso emoroidale, o dei mestrui, ec. Ogni qual volta l'angina tonsillare ha una certa intensità, bisogna proscrivere i repercussivi, i gargarismi molto acidulati, che spesso hanno cagionata una grave metastasi su qualche viscere importante.

Allorchè l'angina tende a terminare colla risoluzione, si procura di favorire questo termine col sostituire ai vapori emollienti, ed ai gargarismi mucillaginosi, dei vapori, e dei gargarismi aromatici. Se l'angina sembra avere qualche tendenza a passare allo stato cronico, conviene applicare un senapismo, o anche un vescicante al collo, onde stabilire il più prontamente possibile, una forte derivazione dalla parte malata.

Nel caso in cui si forma un'ascesso nella tonsilla, si consiglia l'uso prolungato dei vapori emollienti onde favorirne la spontanea apertura: un vomitatorio amministrato a quest'epoca, ha pure determinato qualche volta la rottura delle pareti dell'ascesso; ma non si deve ricorrere ad un tal mezzo che quando non è possibile di portare un bisturino sulla glandula. Spesso l'ascesso scoppia da se; qualche volta la pressione che si esercita sulle di lui pareti onde riconoscere la fluttuazione, basta per determinarne la rottura. Ma nella maggior parte dei casi, bisogna devenire all'incisione del tumore: si principia dal divaricare le mascelle situando fra i denti molari un pezzo di legno bianco tagliato a guisa di cono; si abbassa quindi la base della lingua con uno o due diti, e s'introduce in bocca un lungo e stretto bisturino, tenuto orizzontalmente, e la di cui lama fissa sul manico è coperta da una pezzetta fino a tre o quattro linee dalla punta; si pratica sul tumore un'incisione trasversale, e si ritira con prestezza il bisturino, avendo

cura di slontanarne la punta dalle parti che potrebbe ferire nel momento in cui il dolore fà fare al malato dei moti involontarj.

Sonovi dei casi nei quali il gonfiamento delle parti superiori del collo, si oppone talmente all'abbassamento della mascella, che è affatto impossibile di ottenere un divaricamento tale da permettere di guidare coll'occhio quell'istromento per mezzo del quale ci proponiamo di aprire il tumore; in questo caso, sarà il dito indice l'estremità del quale toccherà il tumore, nel tempo stesso che per la sua lunghezza deprimerà la lingua, che servirà di guida al bisturino.

Dei Chirurghi adoperano di preferenza, per aprire tali ascessi, una lancetta impiantata immobilmente sul manico: altri si servono del faringotomo, la di cui lama nascosta in una specie di custodia ne esce istantaneamente per aprire il tumore, e vi rientra per mezzo di una molla. Io preferisco il bisturino, col quale si apprezza meglio la profondità alla quale penetra lo stromento, il luogo nel quale si opera, e l'estensione dell'incisione.

Allorchè è stato ritirato l'istromento, si porta il dito indice sul tumore, onde esercitare una pressione bastante per fare scolare una gran parte della marcia che contiene. Se si fossero formati diversi ascessi distinti fra loro, bisognerebbe aprirli successivamente.

Nel caso in cui il volume delle amiddali è considerabile, ed in cui la suppurazione non è ancora bene stabilita, la crescente difficoltà nella deglutizione, e nella respirazione, costringe qualche volta a procurare un pronto sgorgo alle parti per mezzo di scarificazioni, le quali permettano lo scolo del sangue, e del pus omai cumulati in diversi punti di queste glandule. In tal guisa si frena il corso allarmante dei sintomi, e si arreca un pronto sollievo a quello stato di ansietà in cui trovansi i malati; ma è cosa rara che l'angina tonsillare abbia tanta intensità da necessitare ad aver ricorso al mezzo di cui si tratta.

Avvi un' altra circostanza che rende necessaria l'incisione del tumore prima che la suppurazione vi addivenga manifesta; ciò accade quando il gonfiamento inflammatorio si estende alle vicine parti del collo, e presenta un'intensità tale da far temere che vi si stabilisca il processo suppurativo. Allora avvenire potrebbe come in un caso ricordato da Lanfranc, che si formasse una fistola dalla cavità della bocca fino ai tegumenti del collo. Tal fistola darebbe passaggio alla saliva, e agli alimenti, e sarebbe forse di difficilissima a guarigione. Allorchè l'ascesso della tonsilla è aperto, si prescrivano dei gargarismi d'acqua d'orzo, e di miele rosato.

L'angina tonsillare che termina per indurimento lascia la tonsilla più voluminosa, che nello stato naturale. È questa, a parlare giustamente, l'angina cronica, i di cui sintomi sono una difficoltà più o meno grande nella deglutizione, un'imbarazzo piuttosto che un vero dolore nelle fauci, e qualche volta il bisogno quasi continuo d'inghiottire la saliva. I gargarismi risolutivi e aromatici, i blandi lassativi non bastano sempre a dissipare questa malattia quando data solo da un mese o più; sono quasi costantemente inutili, se esiste da un tempo più o meno lungo; in questo caso bisogna aver ricorso ad un operazione particolare di cui parleremo fra poco.

Allorchè l'angina tonsillare termina colla gangrena, conviene, onde dirigere la cura adequatamente, esaminare prima di tutto, se l'affezione è locale, o se è dipendente da una disposizione generale dell'economia. Nel primo caso, conviene ricorrere ai mezzi locali; nel secondo, fà d'uopo unire al trattamento locale che non bisogna mai trascurare, dei rimedj generali. I gargarismi preparati coll'acido solforico, ed un decotto tonico, come quello di china, sono una specie di lozione di cui bisogna far uso nell'una, e nell'altra occorrenza. Se il male è affatto locale, potiamo limitarci a questo mezzo, al quale è pur vantaggioso l'aggiungere l'applicazione di un largo vescicante dietro il collo. Se questa gangrena della tonsille è accompagnata dalla febbre adinamica,

bisogna combinare col trattamento locale indicato, l'uso dei rimedj che reclama questa specie di malattia, talche i decotti amari e aromatici, le bevande acidule e vinose, i boli di canfora, i vescicanti volanti, ec. Quando l'escara sarà per cascare, si modificherà la cura secondo l'aspetto della piaga che avrà lasciata allo scoperto. Se questa è di colore rosso vivo, ci contenteremo di rimedj dolcificanti, di gargarismi mucilaginosi, o leggermente aciduli. Se all'incontro è livida o nera, v' è da temere che la gangrena non l'invada di nuovo, e bisogna insistere sull'uso di quelli stessi rimedj che erano stati adoperati prima della caduta dell' escara.

Quando l'angina ha finito per metastasi, bisogna modellare il trattamento secondo l' affezione che viene dietro; se quest' affezione è grave, sarà vantaggioso di coadiuvare i mezzi che reclama per se stessa coll' applicazione dei vescicanti, o dei senapismi alla parte anteriore e superiore del collo, il meno distante possibile dal luogo che occupava la prima malattia.

Dell'Angina gangrenosa o maligna.

È stato dato il nome di angina maligna ad un infiammazione gangrenosa della gola accompagnata da tutti i caratteri generali di una febbre putrida (adinamica), o biliosa putrida (gastro-adinamica). Quest' angina che è gravissima, regna ordinariamente a guisa di epidemia, e sembra trasmettersi da un individuo malato alle persone sane, per mezzo di un principio contagioso.

Questa malattia che per fortuna è molto rara, è comparsa in Francia verso la metà dell' ultimo secolo, e nell' istesso tempo ha fatto molti strazzj in Inghilterra. Sopra tutto attaccò i giovinotti, ed i bambini; a Parigi, le persone dell' età di quindici a sedici anni ne furono attaccate raramente; in Inghilterra, colpì specialmente le donne; le persone naturalmente deboli, o indebolite da eccissive evacuazioni, o da anteriori malattie.

Accade ordinariamente nelle stagioni fredde ed umide, particolarmente in autuuno e nel principio dell' inverno che essa si manifesta, ed in special modo che infierisce più violentemente. Fothergill ha osservato nell' epidemia di Londra che quando il male gangrenoso di gola si manifestava in una famiglia, tutti i bambini ne erano quanto prima assaliti allorchè non si aveva la premura d'impedire a quelli che stavano bene di comunicare cò malati : in qualche caso una sola visita è bastata per fare contrarre la malattia. Gli adulti che trovansi frequentemente coi bambini attaccati dal male di gola gangrenoso, e che respirano troppo da vicino il loro alito, possano sperimentare la malattia.

La causa prossima dell' angina gangrenosa è una disposizione putrida che investe le amiddali, e le vicine parti. Le di lei cause lontane sono tutto ciò che favorire puote il nascimento ed i progressi di questa disposizione; così sappiamo dall' istoria dell' epidemie di questa specie, sicchè l' abbiamo detto, che vengono esse sopra tutto dopo la stagione dell' autunno, tempo in cui si vede spesso quella costituizione umida e calda, o temperata dell' aria, la quale è favorevolissima alla putrefazione. La maggior parte degli autori che hanno osservata l' angina gangrenosa, dicono che questa costituizione era durata lungo tempo allorchè dichiarate si sono l' epidemie di cui parlano. Aggiungano essi ad una tal causa tutte quelle che cumulano in un luogo i putridi miasmi, tal che le abitazioni in mezzo ai boschi ed in certe vallate, la moltitudine dei cadaveri non sotterrati, l'acque basse delle riviere che ricevono molte immondizie, i stagni infetti. Se questa malattia prende sede particolarmente sulla gola, si è indubitatamente perchè questa parte permette il passaggio all' aria ed all' acqua, che sono i veicoli dell' infezione.

L' angina maligna si annunzia qualche volta con dei brividi che accompagnano il male ed un sentimento di pienezza e di tensione dolorosa al collo. Altre fiate i malati provano alternativamente dei brividi di freddo e del

caldo, la cefalalgia, vertigini, assoppimento. In qualche caso, la malattia si dichiara con un forte accesso di febbre, dei dolori violenti alla testa, al dorso, ed alle estremità, una respirazione sospirosa, dei vomiti. Si sono veduti degli adulti non lamentarsi che di un mal essere che gli forzava a stare a letto. A questi primi sintomi, che precedono lo sviluppo dei fenomeni proprj della malattia, e che la caratterizano, se ne uniscono quanto prima degli altri, tal che le vertigini, i svenimenti, le ansietà nella regione epigastrica, le nausee, i vomiti, la diarrea, la debolezza, abbattimento, ec. Quindi il calore diviene continuo e più vivo, gli occhi s'intorbidano, e si cuoprono di una nebula, come se il malato piangesse; la lingua è umida, e più sudicia. Allora se esaminasi la bocca si discuoprono i sintomi caratteristici della malattia; questi sintomi consistono in una tumefazione inflammatoria leggera, di colore rosso scuro, occupante le ammiddali, l'ugola, il velo del palato, e la parte corrispondente della faringe. Compariscono quanto prima sulle tonsille, sul velo pendulo palatino e l'ugola, diverse placche bianche o di colore grigio cenerino, circondate spesso da un margine molto rosso, le quali rapidamente prendono una grande estensione, si uniscono le une alle altre, cuoprono quasi tutto l'interno della bocca. Queste placche, che sono delle vere escare, formano delle grosse croste che acquistano presto un colore bruno o nero, e la caduta delle quali lascia delle ulcere dispostissime a passare alla gangrena, e che prontissimamente ricuopronsi qualche volta di un altra escara più grossa della prima. La deglutazione non è ne difficile ne dolorosa, sopra tutto nei primordj della malattia, ma la respirazione è un poco difficile. Esiste non dimeno nella gola una tal quale sensazione simile a quella che si prova quando si è ingollato del pepe. Cola dalla bocca un' umore limpido, estremamente acre, che irrita, eccita, ed escoria le parti sulle quali passa: dipende da quest' umore l' odore ingrato che tramanda il malato. Sovente hanno pure luogo specialmente presso i bambini, delle

frequenti evacuazione di ventre, e sgorga dall' ano una materia tenue ed acre che lo escoria unitamente alle vicine parti.

Il secondo giorno, qualche volta un poco più tardi, si manifesta sulla pelle un' eruzione di piccoli bottoni poco proeminenti, più spesso ancora delle grandi macchie rosse che si estendono sempre di più, finiscono col riunirsi, e ricuoprono tutta la superficie del corpo. Quest' esantema comparisce primieramente sul viso, e sul collo, da dove si estende in capo a qualche giorno fino all' estremità. Sovente tale eruzione è più forte alle mani ed all' estremità delle dita: tutte le parti, su cui si presenta sono alquanto umide; ma questa tumefazione è più marcata ai diti che nel medesimo tempo sono difficili a piegarsi. Nella maggior parte dei casi, l' eruzione dura quattro giorni; non dimeno la di lei apparizione e durata sono suscettibili di molte variazione; allorchè si è dileguata, l' epidermide si stacca a squamme. Quest' eruzione solleva qualche volta il malato; ma d' ordinario il nascimento di essa, e la di lei disparizione non arrecano verun minoramento nella febbre, o negli altri sintomi della malattia. Vi sono dei malati che non hanno eruzione di sorta alcuna; ma soffrono del prurito, e qualche volta il loro epidermide si disquamma. In questa malattia il polso è piccolo e celere: batte fino a cento venti volte per minuto; comunemente è irregolare, ora piccolo e duro, altre fiate cedente e pieno. La sete è poco considerabile, l' orina è pallida e rassomiglia al latte da cui è stata tolta la crema; la pelle è asciutta, lo spirito abbattuto; la sensibilità è esaltatissima, e la prostrazione delle forze estrema. Il malato ha una grande disposizione a dormire; è continuamente assopito; il suo viso è gonfio; si lamenta di un peso alla testa; le di lui funzioni intellettuali sono illanguidite; comincia a delirare, qualche volta anche il delirio si dichiara fino dalla prima notte.

Tutti questi fenomeni, e principalmente quelli che sono proprj della febbre, aumentano considerabilmente d' intensità appena che la notte comparisce; ma dimi-

nuiscono verso il mattino, alla qual epoca comparisce un leggero sudore. D'ordinario le glandule parotidi, e massillari si tumefanno, e tutto il collo è più o meno gonfio. Dei malati hanno non solo il viso enfiato, pallido, lustro, ed untuoso, ma tutto il loro corpo gonfio, edematoso, ed hanno un'aspetto cadaverico. Nelle giovani ragazze che non sono andate per anche soggette all'evacuazione mestruale, non è raro di vederla comparire in tempo della malattia, e presso le donne mestruate fuori delle epoce ordinarie. Qualche volta i sintomi della febbre angiotenica (inflammatoria) si manifestano nei primordj dell' angina maligna, con maggiore o minore intensità. Altre fiate i malati sono attaccati violentemente, e repentinamente da una specie di peripneumonia alla quale soccombono. Gli organi della respirazione sono di rado intatti in questa malattia: comunemente partecipano dell' infiammazione, ma ad un grado minore delle altre parti.

L'angina gangrenosa termina qualche volta felicemente; ma più sovente ha un termine funesto. Quando tende verso un esito felice; i sintomi diminuiscono d' intensità nel terzo, e nel quarto giorno; l' orina diviene torbida, e forforacea; il gonfiamento delle parti tumide decresce, s' indebolisce il colore scarlattino della pelle; il polso perde di celerità; le croste che cuoprono le ulcere della gola, si distaccano; queste ulcere si detergono, e si cicatrizzano; il sonno è naturale, ricomparisce l' appetito, ed il malato ricupera gradatamente la salute, e le proprie forze.

Allorchè l' angina maligna s' incammina verso un termine funesto, i sintomi della febbre putrida che fino ad allora erano stati poco violenti sempre più si aggravano: così l' alito, e l' evacuazioni di ventre sono fetidissime, la pelle cuopresi di petecchie; sgorga del sangue in molta quantità dalle narici, e dalla bocca; sopraggiungono il letargo ed il delirio. Nell'istesso tempo, tutti i sconcerti di gola aumentano; le ulcere di questa parte si fanno livide o nere; a questi fenomeni si unisce ordina-

riamente la diarrea colliquativa. Le glandule salivari vie maggiormente s'ingorgano, divengono dure e dolenti; nascono nella gola stessa dei tumori edematosi che aumentano singolarmente il pericolo della soffocazione. Le convulsioni, il delirio, il letargo, il singhiozzo, freddi e vischiosi sudori al viso ed alle estremità annunziano il vicino termine del malato.

Non è stato rimarcato che questa malattia abbia un qualche giorno determinato di crise. Degl' individui ne muojono il primo giorno, altri il secondo, il terzo, e così di seguito fino al settimo, quantunque la maggior parte muoja prima del quarto. Ma qualche volta il pericolo dura quaranta giorni e più, e gli effetti consecutivi di questo male si manifestano talora lungo tempo dopo di essere cessato; una languidezza ed una debolezza eccessiva durano per più mesi; gli organi della deglutizione, e della voce sono talmente affetti, che in qualche persona osservare se ne possono delle vestigie un'anno dopo.

Fra quegl' individui che l'angina maligna fà perire, la maggior parte soccombe per i progressi rapidi della gangrena. Per questo trovansi di frequente alla sezione dei corpi delle macchie gangrenose nel polmone, e nel canale intestinale. Ve ne sono che cedono ad un' infiammazione sopraggiunta ad un tratto ai polmoni o al cervello. Taluni muojono soffocati dalla tumefazione, e dal gonfiamento edematoso eccessivo della gola. Ne sono stati veduti perire di emoragia dopo la corrosione dei grossi vasi arteriosi. Finalmente, quando la malattia è in realtà guarita, i malati possano soccombere per le affezioni croniche che lascia dietro a se, come la tosse, l' emottisi, l' etisia, l' idropisia, la diarrea ed altri vizii del canale intestinale, la febbre lenta ec.

Alla sezione dei cadaveri di persone morte di angina gangrenosa, sono state trovate erose le amiddali, l'ugola, il velo pendulo palatino, e qualche volta anche la faringe, e l' esofago; più o meno gangrenati i polmoni, ulcerata la laringe, e la trachea arteria. Sono pure

state trovate talora le membrane del cervello con delle traccie d' infiammazione che le aveva invase.

Da ciò che abbiamo detto di sopra intorno al corso, ed i sintomi dell' angina gangrenosa, è tanto facile di formare la diagnosi, e la prognosi di questa malattia che crediamo inutile di parlarne.

La cura di quest' angina reclama delle grandi attenzioni: anche quando si credesse leggera; quelli che ne sono assaliti devano stare a letto per tutto il tempo che fare lo possano. Avendo trascurata questa precauzione, è accaduto di essere rimasti affetti da diarrea, e che un male che sarebbe durato poco è divenuto lungo, e di difficile guarigione.

Nei primordi dell'angina, allorchè i malati soffrono delle nausee e dei vomiti, un vomitatorio, lungi dall' aumentare il male di gola, come sembrerebbe ragionevole il temerlo, lo diminuisce per molto: questo mezzo sodisfa alla doppia indicazione di sbarazzare simultaneamente lo stomaco delle materie saburrali che contiene, l' esofago e la faringe delle mucosità che gl' ingorgano, e di provocare un sudore leggero e vantaggioso. Il vomitatorio conviene sopra tutto ai bambini a motivo delle glere che abbondano in essi. La debolazza dei malati proscrive l' uso dei purganti; ma un clistere emolliente amministrato nel principio non può essere che utile: vuota i grossi intestini senza fatigare il malato. La sanguigna, tanto utile in generale nell'eschinanzia tonsillare, qui produrrebbe dei gravi inconvenienti: è contro indicata dalla natura stessa della malattia, e dalla debolezza che l' accompagna. Nulla dimeno allorchè lo stato inflammatorio predomina, che la difficoltà di respirare è grandissima, e che le forze lo permettono, si deve ricorrere all' emissione di sangue; ma non bisogna adoperare questo mezzo che colla più gran circospezione, e in questo caso medesimo la sanguigna potrebbe divenire nociva se fosse troppo generosa, oppure se si ripetesse. Dopo avere sbarazzate le prime vie per mezzo dal vomitatorio e dei clisteri, avendo in mira la tendenza

della malattia verso la putridità, si ecciteranno le forze, e si sosterranno facendo uso delle pozioni toniche, aromatiche, cordiali, e del vino che è uno dei migliori cordiali; si può mescolare il vino con del latte da cui è stata levata la crema, con un leggiero infuso di salvia, con dell'acqua d'orzo, con del semolino d'orzo o di vena (gruau) dell'acqua panata, del sago. È anche cosa buona il farlo prendere solo se la debolezza è estrema. L'età, il genere di vita del malato, ed i sintomi che si manifestano offrono le regole che bisogna seguire per rapporto alla specie, ed alla quantità del vino. Si combatte la tendenza di tutto il sistema alla putridità per mezzo degli acidi vegetabili, della canfora, e sopra tutto della china data in sostanza, in decotto, in estratto o in tintura; ma sotto qualunque siasi forma si amministra, devesi continuarne l'uso per tutto il corso della malattia, e portarne la dose più alto che sia possibile. I vescicanti sono pure di qualche utilità per rialzare le forze abbattute. Applicati alla nuca, diminuiscono simultaneamente il gonfiamento del collo, e delle glandule parotidi, che diviene qualche volta tanto considerabile che il malato corre il pericolo di soffocare.

La gola reclama dei particolari soccorsi: si preserverà dagli effetti della materia acre che vi cola, lavandola frequentemente con dei gargarismi o delle injezioni anti-settiche, e toccando l'escare con un pennello intinto in un misce di un oncia di miel rosato e di trenta o quaranta gocce d'acido muriatico. La caduta di queste escare lascia delle ulcere più o meno profonde di cui si facilita la guarigione per mezzo di frequenti lozioni coll'acqua d'orzo mielata, sia che il malato si gargarizzi con quest'acqua, o che si injetti con un piccolo schizzetto, se l'età del malato o lo stato della sua bocca non gli permettono di gargarizzarsi.

Quantunque i purganti non convenghino nel principio dell'angina gangrenosa, l'uso dei catartici blandi diviene indispensabil sul declinare di essa, onde espellere le materie putride comulatesi negl'intestini. Quando

si trascura di sodisfare a questa indicazione, la febbre và in lungo, l'appetito non ricomparisce in veruna guisa; sopravvengono delle gravezze, dei gonfiamenti di ventre e degl' imbarazzi nelle glandule.

Ad onta dell'uso dei minorativi, spesso accade che persistono per un tempo considerabile dei sudori, dei calori notturni, l'anoressia, della debolezza, un grande abbattimento, a quelli che hanno avuta l'angina maligna. Gli amaricanti ed il latte di somara sono di gran sollievo per condurre a termine questa lunga e penosa convalescenza.

Dell' Ingorgo cronico delle Amiddali.

Allorchè l'angina tonsillare termina colla risoluzione, le amiddali non riprendono sempre il loro volume naturale: rimangono spesso e più grosse e più dure di quello che fossero prima dell'infiammazione. Questo stato le rende molto più suscettibili d'infiammarsi di nuovo ed il ritorno più o meno frequente di queste flussioni, la di cui intensità è sempre proporzionata al volume delle amiddali, produce in ultimo il gonfiamento ossia l'ingorgo cronico di cui ora si tratta.

Si dà ordinariamente il nome di *scirroso* a quest'ingorgo cronico delle amiddali, ma ci faressimo un idea falsa di questa malattia, se ci servissimo di questa parola per esprimere la natura della durezza che le amiddali acquistano in questo caso, aumentando di volume. In fatti, queste glandule non hanno allora alcuno dei caratteri dello scirro. La loro sostanza, in vece di essere compatta, dura e lardacea come quella de'tumori scirrosi, è come spugnosa, di consistenza alquanto simile a quella della glandula tiroide, e ripiena di una gran quantità di umore. Le amiddali affette d'ingorgo cronico non hanno alcuna tendenza alla degenerazione cancerosa, e si può portarne via una porzione senza che la parte che rimane rivesta il carattere canceroso. I tumori scirrosi al contrario, non possano guarire che per mezzo

dell'ablazione intera del male; e allorchè, togliendogli non si è potuto togliere con loro tutte le adesioni circonvicine che hanno rivestito il carattere scirroso, si osserva che il male si riproduce. Non dimeno le landule amiddali possono essere a vero dire scirrose o carcinomatose; ma in questo caso che è rarissimo, non avvi operazione alcuna da praticare giacchè sarebbe assolutamente impossibile di portar via o distruggere tutta la malattia.

Il gonfiamento cronico delle amiddali è più frequente nei bambini e ne'giovani di quello che negli adulti e ne'vecchi. Tutti non vi sono egualmente esposti: quelli le amiddali de'quali hanno naturalmente un volume considerabile, vi vanno molto più sottoposti degli altri. Conosco a Parigi una famiglia di cui tutti gl'individui hanno per primaria conformazione queste glandule grossissime. Il padre, dopo diverse angine tonsillari, fù assalito da un gonfiamento cronico delle amiddali; a misura che queste glandule acquistavano un volume maggiore, l'anguina si rinovellava più di frequente, e diveniva ogni volta più intensa. Feci la recisione di queste glandule, ed il malato si è trovato nell'istesso tempo libero dall'incomodo cagionato dal loro eccessivo gonfiamento e dalla disposizione alla frequente recidiva dell'angina tonsillare. Uno de'di lui figli, che era una ragazzetta dell'età di quindici a sedici anni, senza essere stata attaccata d'infiammazione alla gola, aveva le amiddali talmente voluminose che il tuono della sua voce ne era sensibilmente alterato. Praticai la recisione di queste glandule, e la voce diventò dolce e naturale.

La diagnosi dell'ingorgo cronico delle ammiddali è difficilissima. Esaminando alla gran luce il fondo della bocca, si scorge una tonsilla o tutte due in un tempo più grosse che nello stato ordinario, e presentandosi sotto la forma di un corpo rossastro, unito o tubercolare, ulcerato o senza esserlo, più o meno prolungato in gola e di rado a base stretta. Allorchè la tumefazione è mediocre, resta fra le amiddali un bastante intervallo

pel passaggio degli alimenti, e dell'aria; allora il malato soffre unicamente una poca di difficoltà nella deglutizione e nella pronunzia; ma quando il gonfiamento di queste glandule è considerabile, si toccano fra loro, di modo che fra l'una e l'altra non esiste che alla parte superiore il necessario spazio per l'ugola. In questo stato non solo la deglutizione, e la pronunzia sono lese, ma lo è ancora la respirazione; e se sopraggiunge anche la più leggera infiammazione, il malato trovasi nel pericolo di soffocare. Per questo motivo fà d'uopo, allorchè il gonfiamento cronico delle amiddali è giunto a questo grado, affrettarsi per arrecarvi un efficace rimedio, cioè a dire, di farne la recisione. Anche non essendo si fattamente considerabile, tale gonfiamento esige quasi sempre che si abbia ricorso a quest'operazione, giacchè espone quelle persone nelle quali esiste ad essere frequentemente attaccate dalle eschinanzie, e sotto l'influsso della causa la più leggera. Ho veduto un giovinotto di 18 o 20 anni che era affetto da gonfiamento cronico delle amiddali; quantunque queste glandule non fossero grossissime, non poteva ballare, o riscaldarsi in qualche altra guisa senza rimanere assalito da un angina tonsillare. Fù liberato da questa disposizione all'eschinanzia, per mezzo della recisione delle amiddali.

La chirurgia possiede diversi mezzi curativi per quest'affezione, contro cui rimangono impotenti tutte le risorse della terapeutica interna come pure i gargarismi astringenti e risolutivi. Questi mezzi sono le scarificazioni, la legatura, i caustici, il cauterio attuale e la recisione.

Le scarificazioni sono riuscite in qualche caso di gonfiamento cronico delle amiddali, allorchè queste glandule erano flosce e poco voluminose. Ma il più sovente le scarificazioni sarebbero insufficenti, e non procurerebbero che uno sgorgo incompleto. Del resto, quando si giudicano necessarie e bastanti, si fanno con un bisturino di cui s'inviluppa la lama con una pezzetta di tela fino a un pollice dalla punta, e si da loro una

estensione, ed una profondità proporzionata al volume delle amiddali.

La legatura consigliata da diversi autori, non può essere adoperata che nel caso in cui la tonsilla è sopportata da uno stretto pedunculo, ed allora la recisione con un bisturino sarebbe molto più pronta, più facile e meno dolorosa. Senza far parola della difficoltà di circondare con un filo d'argento, o di seta, una glandula situata nel fondo della gola; senza parlare anche della difficoltà di stringere questo filo, dell'incomodo che produce in bocca la di lui presenza e sopra tutto quella di un serra-nodi; del tempo in fine che passa prima che la glandula sia distaccata per mezzo della legatura, questo mezzo offre un'altro inconveniente gravissimo: si è questo l'infiammazione cui dà luogo la costrizione della tonsilla e che si estende alle parti vicine, infiammazione che può divenire tanto considerabile da impedire il passaggio degli alimenti solidi, e liquidi e rendere difficoltosissimo quello dell'aria. In un caso di questa specie, Moscati fu obbligato, per far cessare gl'inconvenienti che avevano resistito alle sanguigne, ai gargarismi emollienti, ai cataplasmi anodini, e che erano evidentemente prodotti dalla legatura, di devenire alla recisione. Dei Chirurghi hanno adoperata la legatura qual mezzo adattato a favorire la recisione; ma un oncino col quale si acchiappa la glandula offre i medesimi vantaggi, e merita la preferenza.

I caustici sono stati messi qualche volta in uso con successo; ma la loro applicazione è incomoda, difficile, dolorosa, e deve essere replicata troppo spesso per poco che le amiddali siano voluminose; non è anche scevra di pericolo: una porzione del caustico può cascare in gola, nella laringe stessa, e determinarvi degli accidenti gravissimi. Il nitrato d'argento fuso, il solfato di rame, il muriato d'antimonio liquido e l'acido solforico sono i caustici che s'impiegano per distruggere la porzione eccedente delle glandule amiddali affette d'ingorgo cronico. In un caso in cui le aperture natiddurali delle amali tumefatte si

mostravano alla loro superficie sotto l'ingannevole aspetto di ulcera, riuscì a Morand di distruggere la parte di queste glandule che oltrepassava il livello dei pilastri del velo pendulo palatino, insinuando in più volte in una di queste aperture, la pietra infernale solidamente fissata nel suo cannello. È stato adoperato all'istesso fine un pezzetto di potassa caustica, impiantata all'estremità di un fuscello; ma l'acido solforico, il muriato d'antimonio liquido, e il nitrato di mercurio in dissoluzione, sono i caustici di cui ci serviamo più spesso. S'intinge in uno di questi caustici l'estremità appuntata di un fuscello di abeto, ovvero un pennello di fila che si spreme alquanto; si applica sulla tonsilla, mentre si abbassa la lingua, e s'impedisce il ravvicinamento delle mascelle col dito indice armato di un ditale di lamiera, o d'argento; si può anche per maggiore cautela introdurre il pennello in una cannula che salva le parti circostanti dall'azione del caustico. Qualunque sia il caustico di cui si fà uso, bisogna immediatamente dopo la sua applicazione, raccomandare al malato di gargarizzarsi bene con dell'acqua tiepida, e di non prendere per qualche tempo ne cibo ne bevanda, ed anche di non inghiottire nemmeno la saliva. Fà d'uopo raccomandargli in oltre di mettersi a sedere tenendo la testa inclinata in avanti, e di lasciare scolare fuori la saliva per una mezz'ora; e quando vorrà mangiare o bere, di sciaguattarsi prima la bocca e di bene gargarizzarsi con dell'acqua tiepida. L'applicazione dei caustici deve essere sostenuta fintanto che si giudichi che abbiano procurata sulle amiddali una breccia bastantemente considerabile da ristabilire perfettamente la facoltà d'inghiottire e di parlare.

Il cauterio attuale adoperato colle convenienti precauzioni, possiede tutti i vantaggi de' caustici ed è scevro della maggior parte de' loro inconvenienti. Ma senza far motto dello spavento che sempre cagiona nei malati l'uso del fuoco, questo mezzo esige spesso delle reiterate applicazioni per distruggere la porzione eccedente delle

amiddali, per poco che questa porzione sia considerabile; perchè il fumo acre che s' inalza dalla parte bruciata e che il malato ha bisogno di rigettare, non permette di lasciare il cauterio per lungo tempo a contatto della glandula. Ad onta degli elogi prodigati al cauterio attuale da diversi Chirurghi antichi e moderni, e ad onta dei successi che il Sig. A. Séverin ed altri ne hanno ottenuti, i pratici lo pospongono alla recisione di cui in breve parleremo. Non ostante l'ustione deve essere praticata allorchè le amiddali trovansi in stato di fungosa vegetazione, allorchè, dopo la loro estirpazione, si vedono elevarsi dei bottoni che ne fanno presagire la recidiva; finalmente allorchè esse sono tanto voluminose da renderne impossibile l'amputazione, o allorchè, avendola tentata, si è stati obbligati di lasciare un rampollo sul quale gl' istromenti taglienti non hanno più possibilità di agire. In tutti questi casi il cauterio cilindrico, che il Sig. Percy chiama cauterio a *rosa*, è quello che bisogna scegliere. S' introduce nella di lui cannula che con una mano si tiene sul luogo in cui l'escara deve essere procurata; s' interna avendo sempre molta cura di non farlo penetrare troppo avanti, e di non lasciarlo in sito per troppo, per motivo del fumo irritante che il malato ha bisogno di rigettare. Quando si tratta solo di applicare dei punti infuocati sopra una tonsilla eccessivamente tumida, si fà uso di una bacchetta d'acciajo appuntata, e s' immerge a diverse riprese nel tumore.

La recisione delle amiddali è il mezzo il più sicuro il più pronto, ed il più efficace contro l'ingorgo cronico di queste glandule. Quest' operazione consiste nel portar via con un bisturino, o le forbici, quella porzione di amiddali che oltrepassa il livello dei pilastri del velo pendulo palatino, e non nel togliere affatto queste glandule, come si sarebbe indotti a crederlo dietro i nomi di *estirpazione* e d' *amputazione*, che diversi autori hanno dati a questa operazione. La recisione della porzione eccedente delle amiddali, è un' operazione altrettanto semplice che facile, e non è mai accompagnata da

emoragia, nè da altro accidente. L' estirpazione di queste glandule sarebbe, se non impossibile, almeno estremamente difficile; potrebbe dar luogo ad una emoragia che non sarebbe in nostro potere di arrestare, e che farebbe perire il malato. Ecco perchè allora quando le amiddali sono veramente scirrose, o carcinomatose, non si deve mai, come abbiamo detto, intraprendere veruna operazione, giacchè non potendo estirpare affatto la malattia, quest'operazione non avrebbe alcun successo, e perchè se si volesse togliere in totalità si esporrebbe il malato ad una funesta emoragia.

Abbiamo detto che la recisione delle amiddali può essere fatta con un bisturino, o con le forbici; le ultime devono essere curve sul piatto; ma il bisturino è preferibile, soprattutto allorchè la tonsilla ha la base larga. Caqué hà immaginato per questa operazione, un bisturino particolare, ossia una specie di coltellino, la di cui lama che ha quattro pollici di lunghezza, è situata stabilmente sopra un manico che ha tre pollici e mezzo, e col quale forma un angolo ottuso di circa 160 gradi, dalla parte del taglio. L' estremità della lama è spuntata, onde non bucare il fondo della gola, e non esiste tagliente per lo spazio di una linea da questa punta. Non fà d' uopo che di dodici o quindici linee di tagliente per tagliare le amiddali: una stretta pezzetta di panno lino fino, di cui si ricuopre fino al manico la lama, serve a stabilire l' estensione precisa che si vuole lasciare al tagliente. Quest' istromento è bastantemente comodo; ma a me pare che la sua lama sia troppo larga. Ha essa tre linee circa di larghezza nella parte che deve servire alla recisione, e questa larghezza nuoce all'azione dello stromento, rendendo più difficile il moto di rotazione con cui si gira inalto il taglieute, dopo avere introdotta la lama per piatto fra la lingua e la tonsilla. Quel bisturino di cui ci serviamo per quest' operazione non ha quest' inconveniente: la di lui lama ha tre pollici e mezzo di lunghezza, e due linee e mezzo di larghezza; il tagliente và fino alla punta che è terminata da un piccolo bottone

onde non ferire la parete posteriore della faringe. Questa lama è impiantata mobilmente sopra di un manico di scaglia simile a quello di tutti gli altri bisturini. Allorchè vogliamo servirci di questo bisturino, s'inviluppa con una stretta pezzetta di panno lino che serve nell'istesso tempo a fissare sul manico la lama, ed a ricuoprire la porzione tagliente fino a quindici linee circa dalla punta.

La recisione delle amiddali, ha come tutte le altre operazioni, provati diversi cambiamenti, dei quali taluni hanno rapporto alla maniera di prendere, e di fissare, queste glandule, e gli altri alla maniera di amputarne la porzione eccedente. L'oncino doppio, o semplice è quell'istromento di cui è stato fatto maggior uso, ed il solo che oggi di s'impieghi per prendere e fissare la tonsilla della quale si vuole portar via una porzione. L'oncino doppio ha il vantaggio di tener meglio il tumore; ma dei pratici gli preferiscono quello semplice, giacchè se obbligati siamo a sospendere l'operazione, e a ritirare gl'istromenti, per motivo di certi moti involontarj della gola, che non si possano ne prevedere, ne impedire, si ha della facilità maggiore a sbarazzare l'oncino semplice di quello che sia il doppio. Ci serviamo non dimeno sempre di questo ultimo, e non abbiamo mai incontreta della difficoltà per ritirarlo, quando ciò sia stato necessario. Del resto l'arpione dell'oncino deve essere abbastanza grande onde penetrare nei tre quarti della grossezza della glandula. Muzeux, all'effetto di acchiappare la tonsilla con maggiore sicurezza, ha immaginate delle pinsette lunghe sei pollici circa, ogni branca delle quali si termina con due arpioni, i quali formano un doppio oncino. Queste pinsette le di cui quattro punte entrano nella grossezza della glandula, la fissano solidissimamente; ma, oltre che le amiddali non rimangano già meno bene fissate con un oncino ordinario che colle pinsette di Muzeux, queste hanno un inconvente che ne ha fatto rigettare l'uso. Le nausee ed i sollevamenti obbligano qualche volta a ritirare l'oncino per lasciare al malato la libertà di sputare; ma l'ope-

ratore quando abbia acchiappata la tonsilla con i quattro angoli delle pinzette di Muzeux non può in alcuna circostanza sbarazzarli, ed è obbligato di lasciare in sito quest' istromento, la di cui presenza eccita dei conati al vomito, dei moti involontarj della gola e della lingua che rendono più lunga, e più difficile l' operazione.

Appena necessario è il dire che la legatura che Wiseman collocava intorno alla tonsilla onde facilitare il taglio di questa glandula, come pure la pinzetta da polipi della quale Foubert faceva uso per l' istesso oggetto, sono andate indimenticanza, e non sono mai state adoperate che da questi due chirurghi.

Allorchè s' impiegano le forbici per praticare la recisione delle amiddali, non vi è che un metodo per adoperarle. Si acchiappa la glandula, attaccata prealabilmente all' oncino, colle lame dell' istromento, la di cui convessità è voltata verso i pilastri del velo pendulo palatino, e si porta via quella porzione di tumore che oltrepassa i pilastri, in un sol colpo o in due. Quando si taglia la tonsilla col bisturino, si può fare dall' alto in basso, dal basso in alto, oppure si può fare agire l' istromento primieramente dal basso in alto per tagliare la metà inferiore della glandula, e quindi dall' alto in basso per terminare la sezione. Se si porta via la porzione eccedente della tonsilla tagliando dall' alto in basso, ci esponiamo a diversi inconvenienti: la parte media della glandula essendo più tesa dall' oncino, si taglia abbastanza bene ed a bastante profondità, mentre la parte inferiore, per la mancanza di questa tensione diretta, si presta, si allunga sotto l' istromento tagliente, e lascia quasi sempre un lembo; qualunque precauzione si adoperi per tenere bassa la lingua in tempo dell' operazione la di lei base s' inalza quasi sempre al disopra della parte inferiore del tumore, ed esposti siamo a ferirla se si seguita la sezione dall' alto in basso. Ma un' inconveniente più grave ancora, si è la caduta del lembo sull' entrata della laringe, allorchè una tosse violenta ed i moti convulsi della gola obbligano il chirurgo a ritirare

l'oncino, e il bisturino prima che la sezione sia ultimata; e se il lembo fosse abbastanza considerabile per tappare esattamente l' apertura della laringie, potrebbe dar luogo alla soffocazione, come Wiseman e Moscati ne hanno veduto il pericolo. Nel caso di questa specie che è accaduto a Moscati di osservare, aveva fatti a pena i due terzi della necessaria incisione, quando la donna che operava fù assalita da violenta tosse, per cui si trovò obbligato a ritirare l' oncino, e il bisturino, ed a sospendere l' operazione. La malata avendo tossito tre o quattro volte, e gettati fuori dei sputi sanguigni, rimase istantaneamente immobile, aprendo la bocca e distendendo le braccia: era vicina ad essere soffocata. La prima idea che si presentò a Moscati in questo caso, di cui è impossibile dipingere l' urgenza e la gravità, fù che la tonsilla rovesciata sull' entrata della laringe mettesse il malato in questo stato periglioso; senza altro riflesso, introdusse il dito indice ed il medio in gola e portò via con violenza la tonsilla. La respirazione si ristabilì sul momento.

Praticando la sezione della tonsilla dall' alto in basso, non vi è da temere che il lembo caschi sull' entrata della laringe, se forzati siamo a ritirare gl' istromenti prima di avere terminata l' operazione; ma si è esposti a ferire il velo del palato, ed a fare un taglio irregolare da cui risulta un lembo nella parte superiore della glandula.

Il processo con cui si taglia la tonsilla, prima dal basso in alto fin verso la parte media del tumore e qindi dall'alto in basso nel resto della di lui estenzione, non da luogo a veruno di quegl' inconvenienti che sono proprj degli altri due processi. In questo, la glandula achiappata nella sua parte media coll'oncino, essendo egualmente tesa per tutto, tagliasi con maggiore facilità, e il taglio è più regolare. Ecco in qual modo si pratica l'operazione: il malato stà a sedere in una sedia dirimpetto ad una finestra onde illuminare per quanto è possibile la bocca posteriore; dopo averli fatto fare un gargarismo ed averlo fatto sputare per togliere dalla bocca la mu-

cosità, e la saliva che potrebbero nascondere quelle parti sulle quali devesi operare, se gli fà rovesciare la testa che è mantenuta appoggiata sul petto di un'ajuto, e si colloca un corpo duro fra i denti molari: un ajuto situato nel lato opposto a quello sul quale si opera, abbassa la lingua col dito indice, che non deve essere portato troppo vicino alla base di quest'organo, temendo di eccitare dei conati al vomito. L'operatore situato dirimpetto al malato, e un poco da parte, acchiappa la glandula nella sua parte media e posteriore con l'oncino che tiene dalla mano sinistra, pel lato sinistro, e dalla mano destra, pel destro lato. Coll'opposta mano, impugna il bisturino la di cui lama è stata inviluppata con una pezzatta fino a quindici o diciotto linee dalla punta; interna l'istromento per piatto fra la lingua, e la parte inferiore del tumore, essendo voltato il dorso del bisturino verso i pilastri del velo del palato, e lo porta fino alla parete posteriore della faringe; quindi gira in alto il tagliente, e tirando a se l'istromento onde farlo agire segando taglia dal basso in alto la metà inferiore della base del tumore. Introduce quanto prima l'istromento fra il velo pendulo palatino e il tumore, colle medesime precauzioni che ha messe in pratica pel basso, e taglia dall'alto in basso il rimanente della glandula. Questa operazione non è seguita quasi mai da emoragia: la piccola quantità di sangue che cola presto rimane da se medesima o facendo gargarizzare coll'acqua fredda o con dell'acqua e dell'aceto. Nondimeno se il sangue non fosse arrestato con questo mezzo, sarebbe facile di ottenere ciò toccando la superficie della ferita con un pennello di fila intinto in un liquore stittico, come l'acqua di Rabel o una dissoluzione di solfato di rame. Si ricorrerebbe alla cauterizzazione per mezzo di un ferro rosso di fuoco se l'emoragia continuasse e minacciasse i giorni del malato. Allorchè le due amiddali sono contemporaneamente affette, si può portarle via una dopo l'altra, non lasciando fra queste due recisioni che il tempo necessario onde l'effusione di sangue che risulta dalla

prima, sia frenata. Quest' operazione è semplice e non offre altre difficoltà che quelle che provengono dalla profondità, dall' angustia della bocca, dai moti della lingua e dalle nausee. Si vincono facilmente queste difficolta nei giovani e negli adulti, sopra tutto in quelli che si sottopongono con coraggio all' operazione; ma quasi che insormontabili sono nei ragazzi, e soltanto all' età di dieci o dodici anni possano sopportarla. Pur non dimeno se prima di questa età le amiddali fossero voluminose tanto che la più leggera infiammazione potesse mettere il malato nel pericolo di soffocare, non bisognerebbe esitare a toglierle.

Dopo l' operazione sopraggunge una leggera infiammazione che si combatte co' gargarismi emollienti. Quando si è dileguata si ricorre all'acqua d'orzo mielata. Il malato guarisce prontamente, e non và più soggetto all' aschinanzia, se d' altronde si prendono le convenienti precauzioni contro le cause che ordinariamente la producono.

Il gonfiamento cronico delle amiddali dipende qualche volta in parte da concrezioni pietrose più o meno voluminose, formatesi nella grossezza di queste glandule. Le cause che determinano la formazione di questi calcoli sono affatto sconosciute. Non vi hanno sintomi che mostrino da principio la diloro presenza; all' epoca solo in cui hanno acquistato un certo volume cominciano a produrre una sensazione incomoda in gola e a sconcertare la deglutizione. Allora, in qualche caso, il calcolo, è proeminente sotto la membrana mucosa, e si può riconoscere la di lui presenza per mezzo del tatto. In altri casi, il calcolo prepara o determina l' infiammazione della glandula; formasi un ascesso che spontaneamente si apre o che si incide, e da cui casca, oltre la marcia che ben si sapeva essere ivi contenuta, uno o più calcoli di cui non era stata sospettata l' esistenza. Qualhe volta un gran numero di queste concrezioni è stato veduto escire successivamente per più settimane, e la ferita non cicatrizzarsi che dopo la loro completa espulsione.

Il solo caso in cui la presenza di un calcolo nella tonsilla reclami i soccorsi della chirurgia, è quello in cui la di lui presenza è stata riconosciuta per mezzo della vista, del tutto, esplorando con una tenta avanti oppure dopo l'incisione o l'apertura spontanea della glandula. Bisogna procedere in questo caso all'estrazione del corpo estraneo; a tale effetto si acchiappa colle pinzette, se esiste un'apertura, e si ritira dalla glandula. Se preabilmente non sia stato distinto il calcolo a traverso la membrana che lo ricuopre, si fà nella glandula, sul luogo stesso in cui si sente della resistenza, un'incisione proporzionata al volume presunto della pietra, e si cerca quindi di prenderla e di estrarla colle pinzette. Si consiglia al malato l'uso di un gargarismo dolcificante, e la ferita presto si cicatrizza.

ARTICOLO XII.

Delle Malattie del Velo pendulo palatino e dell' Ugola.

Queste malattie sono i vizzj di conformazione, le ferite, la flogosi, il gonfiamento dell'ugola, le ulcere, ec.

— Si vedono dei bambini che nascono col velo del palato fesso. Questo vizio di conformazione si presenta sotto diversi aspetti: ora il velo palatino è diviso dall'avanti in dietro in due parti uguali che si riuniscono formando un angolo più o meno aperto verso la porzione ossea del palato e che l'una e l'altra terminano con un appendice mobile che corrisponde all'ugola; ora la divisione preternaturale del velo del palato è accompagnata da quella del palato osseo, ed allora esiste contemporaneamente il labbro leporino; non dimeno qualche volta il palato osseo, e il velo palatino sono fessi senza che vi sia alcun vizio di conformazione al labbro superiore, ed in questo caso gli ossi massillari sono uniti come nello stato ordinario. Il vizio di conformazione di cui si tratta nuoce alla deglutizione ed

alla parola; ma queste funzioni sono più o meno lese secondo la lunghezza del fesso, e il grado di slontanamento dei margini. Quando limitasi esso al velo pendulo palatino, la deglutizione appena ne soffre, e la pronunzia è poco alterata; ma allorchè si estende all' arcata palatina, e che i di lui labbri sono molto divaricati, come ciò ha luogo quasi sempre allora, la deglutizione é sconcertata dal passaggio degli alimenti nelle fosse nasali, e la pronunzia è singolarmente difficile, e disaggradevole. Ho veduto una giovine ragazza di 17 a 18 anni, che trovavasi in questo caso: i suoni che articolava erano talmente spiacenti che osava appena parlare; le consigliai l' uso di un otturatore; il Sig. Catalan, uno dei più abili dentisti di Parigi, gne ne costruì uno per mezzo del quale parlava talmente bene che molto lontano era il sospetto che non avesse quasi punto palato. L' otturatore in questo caso consiste in un palato d'oro o di platino, che abbraccia i denti molari intorno ai quali è fissato, e presenta alla sua parte posteriore un prolungamento che riempie il fesso del palato, e la di cui estremità ricurva in basso, e rotonda tiene lungo di ugola. Sarebbe molto più difficile il far' uso di un otturatore allorchè il fesso è limitato al velo pendulo palatino; ma è anche vero che allora quest' istromento è meno necessario, e la maggior parte delle persone che trovansi in questo caso possano farne dimeno.

— La situazione del velo pendulo palatino lo mette al coperto dell' azione de' copi esterni: così le ferite di questa parte sono rarissime. Allorchè queste ferite sono superficiali, non offrono veruna particolare indicazione, e guariscano facilmente da se stesse. Ma quando sono profonde e che formano delle vere ferite a lembi, reclamano delle cure particolari, sia a motivo dell' emoragia da cui possano essere accompagnate, sia per causa della riunione delle parti divise. Se un'arteria è stata aperta, e versa tanto sangue che rendasi necessario l' arrestarne lo scolo, il miglior mezzo per giungervi è quello di applicare uno stile incandescente

sull'apertura del vaso. Riguardo alla riunione delle divise parti, presenta essa maggiore difficoltà per ragione della mobilità delle parti, che giungesi però a moderare per mezzo di una placca di piombo, o d'argento, fissa sui denti.

— Il velo pendulo palatino è qualche volta la sede di flogosi più o meno intensa che si estende alle amiddali, o che si trasmette, come arriva il più sovente, dalle amiddali al velo del palato. Distinguesi quest'affezione dal dolore, dal calore che si fanno sentire nella parte infiammata; dal gonfiamento e dal coloro rosso che vi si scorge esaminando il fondo della gola. L'azione del parlare e sopra tutto quella d'inghiottire sono più o meno alterate; ed allorchè la malattia è portata ad un certo grado, il velo pendulo palatino non si oppone più al passaggio delle bevande nelle fosse nasali. Questa flogosi termina quasi sempre colla risoluzione, qualche volta colla gangrena, e più di rado colla suppurazione. In quest'ultimo caso, se non stimasi conveniente l'abbandonare alla natura l'apertura dell'ascesso che risulta da tal termine, si aprirà colla punta di un bisturino la di cui lama sarà inviluppata da una pezzetta.

— L'ugola è soggetta a degl'ingorghi di differenti specie: ora l'ingorgo è inflammatorio; ora è sieroso, ed ora scirroso.

L'ingorgo inflammatorio dell'ugola esiste di rado senza che vi sia contemporaneamente la flogosi delle amiddali e del velo pendulo palatino. Combattesi colla sanguigna, il regime umettante, le bevande solutive, ed i gargarismi emollienti e rinfrescanti.

L'ingorgo sieroso dell'ugola è volgarmente conosciuto sotto il nome di rilasciamento o caduta di questa parte. In quest'affezione l'ugola si presenta sotto diversi aspetti: ordinariamente la di lei grossezza e lunghezza sono cresciute; qualche volta è più lunga senza essere più grossa che nello stato naturale; tal ora allungandosi diviene più sottile; in qualche caso finalmente la dilei punta soltanto è allungata e presenta un piccolo tumore

trasparente formato dal cumulo del siero sotto la membrana mucosa. La tumefazione sierosa dell' ugola non è accompagnata ne da dolore ne da calore; ma l' estremità di quest' appendice venendo a riposare sulla base della lingua su cui ripiegasi qualche volta, cagiona un irritazione continua, dalla quale risulta la volontà d'inghiottire, degli sforzi continui di deglutizione ed espulsione di muco dalla gola. Allorchè l' ugola è eccessivamente prolungata, la di lei estremità può estendersi fino all' ingresso della laringe e dar luogo ad una tosse abituale; ma non è punto probabile che il semplice ingorgo sieroso di quest'appendice possa essere portato al punto di produrre la difficoltà di respiro, lo spossamento, un affezion dei polmoni, e minacciare il malato di soffocazione, come dicono la maggior parte degli autori.

Quando la tumefazione sierosa dell'ugola è recente e poco considerabile si giunge ordinariamente a dileguarla per mezzo di gargarismi astringenti e risolutivi; si può anche far cessare il prolasso di questa parte, communicarli dell' energia portandovi con un piccolo cucchiajo del pepe o dello zenzero finamente polverizzato. Ma se la malattia è inveterata, che l'ugola è molto allungata, bianca, in stato di estrema atonia, fa d' uopo amputarne una parte.

Diversi istromenti più o meno complicati sono stati inventati per eseguire la recisione dell' ugola; ma quest' istromenti sono affatto inutili, ne alcuno di loro vale quanto le forbici semplici, rette, spuntate e lunghe. Il malato seduto d'avanti una finestra con molta luce, colla testa appoggiata sul petto di un ajuto, situasi un corpo duro fra i denti molari; dalla mano sinistra, con delle piccole pinzette da polipo, si acchiappa l' estremità dell' ugola che tirasi in basso ed in avanti, e colle forbici che tengonsi dalla mano destra, se ne porta via di un sol colpo una porzione. Il trasudamento sanguigno che tien dietro a quest' operazione si arresta da per se, o per mezzo di gargarismi astringenti.

Sviluppasi qualche volta nell'ugola un tumore duro, scirroso il quale, abbandonato a se medesimo, prende un aumento considerabile e degenera in cancro. Allorchè questo tumore è recente, poco voluminoso, e che i di lui limiti sono ben marcati, si deve portarlo via colle forbici o col bisturino di cui si fà uso per amputare una porzione delle amiddali. Ma quando è antico, molto grosso, ineguale, livido, circondato da vene varicose, e che i limiti di esso sono indeterminati, si deve imitare la circospezione di Fabbrizio d'Hildan il quale, in due casi di questa specie, ricusò di toccare il malato, e si contentò di prescrivere un adattato regime e dei rimedj pagliativi.

— La membrana che riveste l'arcata palatina, è sede di tumori di diverse specie. Qualche volta questi tumori sono duri, compatti, bianchi non suscettibili di divenire cancerosi, e si somigliano molto a certe epulidi, che si scorgono prendere un enorme volume senza degenerare in cancro. Altre fiate i tumori della membrana palatina sono meno duri, la loro superficie è ineguale; gemono saugue con facilità; i loro progressi sono più rapidi, e divengono quasi sempre cancerosi quando s'irritano con dei cattivi topici.

I tumori della prima specie sono attaccati ordinariamente con un pedunculo più o meno grosso, e si possono portar via facilmente collo stromento tagliente, senza timore che si riproduchino quando sono stati tolti in totalità. Quando il pedunculo è fine, si taglia colle forbici convesse per piatto; ma allorchè è grosso, un bisturino convesso per piatto è preferibile. Fù appunto con un simile bisturino che avevo fatto costruire aposta, dietro un modello di piompo che imitava esattamente la concavità dell'arcata palatina, che io portai via un tumore di questa specie che una signora aveva da più di dieci anni. Questo tumore che era situato un pò dietro la parte media del palato, uguagliava nel volume una grossa noce; era durissimo, bianco, non doloroso, e non cagionava altro incomodo che una difficoltà piuttosto grande

nella masticazione e nella deglutizione. Lo estirpai col bisturino di cui ho parlato, e dopo averlo portato fuori, mi servii di un piccolo rastiatojo onde distruggere quella porzione di membrana palatina da cui il tumore prendeva origine. Aveva in pensiero di cauterizzare con un ferro incandescente, ma la malata aveva una tale repugnanza per questo mezzo, che io mi determinai a far uso del rasatojo. Tale operazione non fù susseguita da veruna emoragia; il trasudamento sanguigno che l'accompagnò, facilmente fù frenato per mezzo di lozioni con acqua e aceto, e l'applicazione, per qualche ora, di un pò di fila asciutte. La ferita guarì prontamente, ed il tumore non si è riprodotto da più di otto anni che è stato portato via.

I tumori della seconda specie, cioè a dire quelli che hanno una marcata tendenza a divenire cancerosi, che posseggono omai questo carattere, devono essere estirpati allorchè la loro estensione è limitata, e che è impossibile il toglierli per intiero, o consumarne quello che rimane col cauterio attuale; ma dopo questa operazione vi è sempre da temere la recidiva della malattia. La base di questi tumori essendo sempre larghissima, non si possano portar via colle forbici. Il bisturino concavo per piatto, o un coltello con due taglienti e spuntato è il solo stromento che convenga per quest'operazione. Allorchè si adopera il bisturino concavo, fa d'uopo averne due, uno de' quali è tagliente sul lato destro, e l'altro sul sinistro, onde poter fare agire lo stromento, secondo il bisogno, da destra a sinistra e da sinistra a destra. Quando il tumore è tolto, fa d'uopo cauterizzare la ferita con un ferro rosso di fuoco. Questa cauterizzazione ha il doppio vantaggio di frenare il sangue e di consumare quelle parti del tumore che si sarebbero sottratte allo stromento tagliente. Io ho praticata più volte una tale operazione; ma ho sempre provato il dispiacere di vedere riprodursi il male, ed i malati miseramente morire, anche allora quando aveva cauteriz-

zato profondamente con un ferro incandescente applicato a diverse riprese.

Articolo XIII.

Delle Ulcere della Gola.

Noi comprendiamo sotto questo titolo le ulcere delle amiddali, dell'arcata, del velo e de' pilastri del palato, dell'ugola ed anche del fondo della gola, cioè a dire della parete posteriore della faringe. Queste ulcere sono di varie sorte; le più semplici e le più facili a guarirsi sono quelle che succedono alla caduta delle affte, di un escara, all'apertura di un ascesso, o che si manifestano nel declinare di certe malattie acute, di cui sembrano essere la crise. Tutte queste ulcere guariscono da per se, o dietro l'uso di un gargarismo d'acqua d'orzo e di miel rosato. Le ulcere della gola che dipendono da vizio venereo, sono molto più gravi, più difficili a guarirsi, ed alterano qualche volta talmente l'organizzazione delle parti le quali infestano, che le di loro funzioni ne soffrono uno sconcerto considerabile. Fra tali ulcere, le più frequenti sono quelle che dipendono dal vizio venereo: sono anche le sole di cui terremo quì discorso.

Le ulcere veneree della gola sono sempre consecutive, vale a dire che si manifestano dietro un tempo maggiore o minore da che il virus sifillittico è stato introdotto nell' economia animale. Succedono esse alle ulcere delle parti sessuali che sono state fatte sparire colla cauterizzazione; alle ulcere benigne il di cui trattamento generale è stato prontamente interrotto; alle pustole scomparse dietro i topici mercuriali, senza cura generale; finalmente alle blenorragie trascurate, e sopra tutto a quelle che sono state arrestate con injezioni astringenti. Qualche volta queste ulcere della gola si mostrano quasi immediatamente dopo la guarigione di un ulcera delle parti genitali, o dopo la soppressione intempestiva di una blenorragia; se ne vedono che non

hanno luogo che in capo a diversi mesi dopo l' assorbimento del veleno sifillittico: non v' ha niente di positivo a questo proposito.

Le ulcere veneree della gola si annunziano con un sordo dolore, o semplicemente con un poco d' incomodo in gola e difficoltà nella deglutizione. Esaminando la gola non si scorge talora che un gonfiamento considerabile delle amiddali e dell' ugola accompagnato da color rosso più o meno oscuro di queste parti e di quelle che le sono vicine. Quest' infiammazione, di cui il malato e qualche volta anche il medico non sospettano nemmeno la cagione, e che considerano come un eschinanzia leggera e ordinaria, sussiste per maggiore o minor tempo senza produrre alcuna esulcerazione: si manifesta finalmente un' ulcera in quel luogo che è stato prima di ogni altro affetto. Qualche volta queste ulcere attaccano di principio l' ugola, ma ben sovente una tonsilla o tutte due. Rassomigliano in generale alle ulcere veneree delle parti genitali. Il loro fondo è coperto comunemente da una crosta biancastra, grossa, presso a poco simile a quella crosta che si osserva sul sangue in caso di flogosi; i loro margini sono tagliati perpendicolarmente; le parti circostanti sono rosse e un poco tumide. I progressi di queste ulcere sono generalmente lentissimi; non dimeno talvolta, se non adopransi quanto prima i più efficaci rimedj, rodono in profondità e si allargano considerabilmente. Di frequente l' ulcera non si estende al di là della tonsilla che dopo averne erosa una gran parte; ma più spesso ancora scorre lungo l' arcata che riunisce la tonsilla coll' ugola. Queste parti e qualche volta una gran porzione del velo pendulo palatino sono distrutte prima che l' altra tonsilla sia affetta. Allorchè l' ulcera trovasi sulla faccia posteriore o nasale del velo pendulo palatino, può avere fatti dei progressi considerabili prima che ci sia caduto il sospetto sulla di lei esistenza; allora il velo del palato di cui non si vede che la faccia anteriore, sembra solamente rosso e tumido, mentre la sua faccia opposta è digià erosa in una grande

estensione; e quando l'ulcera si mostra sul davanti, credere si potrebbe che ha progredito con passi straordinarj, giacchè, al momento in cui essa si vede il velo pendulo palatino è digià perforato. Ma ciò che quì sopra abbiamo detto fà conoscere che una tale rapidità non è che apparente, e che la malattia ha seguito il suo corso ordinario, cioè a dire, un cammino lento e progressivo.

Le ulcere della membrana palatina sono meno frequenti di quelle delle amiddali, dell'ugola e del velo del palato; fanno dei progressi meno rapidi, a motivo senza dubbio che questa membrana è grossa e densa. Non dimeno si sono vedute delle ulcere distruggere la membrana palatina in tutta la sua grossezza, e alterare quindi l'arcata del palato; ma questo caso è raro, e il più sovente la malattia ha digià attaccati gli ossi che formano quest'arcata prima che abbino assalita la membrana che la ricuopre: allora la malattia si estende dall'interno all'esterno, e quando la membrana comincia ad essere affetta, il male si annunzia con un tubercolo rotondo, ora infiammato, ed ora senza infiammazione, e che, esulcerandosi, versa un umore di cattiva natura; portando uno stile in questa esulcerazione si sente l'osso a nudo. Onde l'ulcera possa guarire, fa d'uopo che la porzione malata dell'osso si separi dalla porzione sana; e siccome l'osso è quasi sempre assalito da necrosi in una maggiore estensione dell'esulcerazione della membrana, non può uscire che dopo essere stato messo in pezzi, o dopo che è stata ingrandita l'apertura della membrana. In questo caso la membrana pituitaria è quasi sempre perforata, e quando l'osso necrosato è uscito, vi rimane una communicazione fra la bocca e il naso. Tale disposizione è incurabile; altera singolarmente il suono della voce, ma vi si può rimediare per mezzo di un otturatore.

Le ulcere veneree della faringe possono occupare diversi punti di quest'organo: quelle che sono situate su quella parte della faringe che corrisponde allo stretto delle fauci facilmente si scorgono; non è la medesima

cosa per quelle che sono situate alla sua parte superiore o alla sua parte inferiore: nascoste dal velo pendulo palatino o dalla base della lingua, e non cagionando quasi punti dolori, queste ulcere fanno spesso dei progressi considerabili prima che si possa scuoprirle, se in specie il malato è del numero di quelle persone di cui non si può esaminare la gola che con la più gran difficoltà, per motivo dei moti che eccitano in questa parte i tentativi che si fanno per abbassare la base della lingua e alzare il velo pendulo palatino. Il corso di queste ulcere è ordinariamente lentissimo. Non ostante qualche volta fanno de' progressi rapidi, divengono in qualche sorta erosive, e finiscono coll' attaccare il corpo delle vertebre. In questo caso, la malattia è quasi sempre incurabile. Il malato soccombe spossato dall' abbondanza della suppurazione, per la deglutizione di questa materia e l'eccesso del dolore.

La diagnosi delle ulcere veneree della gola è in generale piuttosto facile: la situazione di queste ulcere, il loro corso, il loro aspetto, lo stato delle parti circostanti e le circostanze commemorative bastano ordinariamente per farle distinguere. Non dimeno si riguardano talora come veneree certe ulcere o altre affezioni che non hanno in verun modo questo carattere; ed altre fiate non si credono veneree delle ulcere che realmente lo sono. È tanto più importante l'evitare qualunque inganno che, nel primo caso, si fa subire al malato senza necessità, e spesso anche con suo pregiudizio, un trattamento antivenereo; mentre che nel secondo, la malattia può fare de' progressi considerabili per trascurare que' rimedj che possono soli guarirla.

La superficie delle amiddali presenta naturalmente delle specie di bosse separate da infossamenti e da aperture nelle quali mettono foce gli orifizj dei follicoli mucosi di cui sono queste glandule composte. Allorchè le amiddali sono gonfie e infiammate per una causa qualunque, la profondità di queste infrattuosità cresce; la materia mucosa che la glandula secreta vi si cumula, si condensa, ed in questo stato, si potrebbero credere

ulcere veneree; ma quest' inganno non può mai aver luogo che o per ignoranza o per poca attenzione.

La superficie della membrana mucosa della faringe è spesso ineguale e di colore diverso, bianca, rossa, violetta: esaminandola con poca cura, sopra tutto in una persona che sia andata sottoposta ad una qualche malattia venerea, credere si potrebbe che fosse ingorgata, ingrossata, anche ulcerata, quantunque sanissima; ma quest'errore non sarà mai commesso da una persona istruita ed attenta: è l' errore ordinario di quelli individui i quali, essendo stati affetti da malattia venerea, e non credendosi guariti, cercano dovunque le prove della di lei esistenza, e sono nell'idea di trovarle nella disposizione naturale della membrana mucosa della faringe, nelle lacune delle amiddali o delle papule fungose della lingua. Felici coloro che hanno tanta fiducia in un Chirurgo abile da rinunziare al loro errore e sottrarsi così alle mani dell'ignoranza e della ciarlataneria.

Le ulcere della gola che vengono in seguito di flogosi a questa parte si distinguono dalle ulcere veneree in quanto che esse sono ordinariamente precedute da un ascesso, che d'altronde la loro superficie è quasi sempre pulita, rossa, vermiglia, e che non sono accompagnate in verun modo da infiammazione eresipelatosa particolare alle ulcere sifillitiche.

Sopravvengono frequentemente delle ulcere in bocca e in gola, quando si amministra il mercurio a troppe forti dosi, o allorchè il malato si è esposto al freddo durante l'uso di esso. È qualche volta difficilissimo il distinguere queste ulcere dalle vere ulcere veneree: oltre che le somigliano molto, sopraggungono durante la cura della siffillide, ciò che basta per renderle sospette: d'altronde la loro sola posizione, le fà supporre spesso veneree, tanto si è disposti a giudicare in tal guisa qualunque ulcera della bocca.

Le ulcere della bocca e della gola che sono dovute all'azione del mercurio, non si manifestano che nelle persone che fanno uso di questo rimedio; possano manife-

starsi in tutti i punti della bocca; ma siccome determinate sono principalmente dalla pressione che esercitano i denti e le gingive su quelle parti verso le quali si porta specialmente l' azione del mercurio, si trovano sempre in quei luoghi nei quali il gonfiamento è più grande e la pressione più forte: tali sono comunemente i lati della lingua, le vicinanze degli angoli delle mascelle e l' interno delle gote. Queste ulcere si manifestano contemporaneamente su diverse parti della bocca; sono large, superficiali e non fanno nessun progresso per erosione; la loro superficie è coperta di un escara biancastra che gli da un apparenza lattiginosa, come se il malato avesse bevuto poco fà del latte: i loro orli non sono in verun modo elevati, e la loro circonferenza non circondata da un rosso eresipelatoso, come nelle ulcere veneree: si aggunga a ciò che le ulcere prodotte dal mercurio sono precedute, e accompagnate da abbondante salivazione, e che la bocca esala un' odore fetido *suigeneris*. Considerando queste circostanze, e prendendo le adeguate informazioni, si distingueranno facilmente le ulcere veneree della bocca da quelle che sono prodotte dall' azione del mercurio. Se restasse però qualche incertezza, la cosa la più sicura sarebbe di sospendere l'uso del mercurio. Si vedono allora peggiorare quanto prima le ulcere quando sono veneree, e sparire prontamente a misura che il gonfiamento e la flogosi cagionati dal mercurio cessano, quando non sono veneree. Giova però l' osservare che queste ulcere non sempre guariscono tanto presto quanto si potrebbe credere. Il gonfiamento della bocca, cagionato dal mercurio, dura qualche volta lunghissimo tempo. Non è raro il vederlo sussistere come pure le ulcere, due o tre mesi dopo che è stato cessato affatto l'uso del mercurio. Bisogna guardar bene di non lasciarsene imporre dall' ostinatezza di queste ulcere, onde non riprendere l'uso del mercurio, e non darne una forte dose; mentre non solo la costituzione ne soffrirebbe, ma il rimedio stesso che si adopererebbe per dissipare il male, lo farebbe peggiorare.

La prognosi delle ulcere veneree della gola è subordinata alla loro situazione, alla loro estensione, allo stato generale del malato ed ai trattamenti antivenerei che sono stati amministrati. Le ulcere che attaccano le amiddali e l'ugola sono meno gravi di quelle che assalgono il velo pendulo palatino, la membrana palatina e la faringe. La ragione di ciò è manifesta: la distruzione dell'ugola e di una porzione delle amiddali non nuoce quasi punto alla deglutizione, alla voce ed alla pronunzia; non è lo stesso della distruzione del velo pendulo palatino: la perdita di questa parte altera singolarmente la voce, la pronunzia ed incomoda la deglutizione. Nulla dimeno, allorchè questo setto mobile non è distrutto che in piccola estensione, non ne risultano dei gravi inconvenienti tanto quanto si potrebbe pensarlo. Quando l'ulcera trovasi per anche in tutto il suo vigore, le parti sono irritate, gonfie, dolorose e incomodate ne loro movimenti; ma allorchè la cicatrice è formata, tutto ciò sparisce, e la porzione rimanente del velo pendulo palatino basta per le di lui funzioni. Non è la medesima cosa quando questa parte è intieramente distrutta, o quando avvi una profonda escavazione o una larga perforazione; non ostante, in tal caso, l'arte può anche riparare in parte ai torti della malattia, per mezzo di un otturatore. Le ulcere del palato essendo quasi sempre accompagnate dalla necrosi o dalla carie dell'arcata palatina, ne risulta, come abbiamo detto, una comunicazione fra la bocca, e le fosse nasali, e questa comunicazione nuoce singolarmente alla voce ed alla parola; non dimeno queste funzioni possono essere ristabilite nel loro stato naturale per mezzo di un otturatore. Le ulcere veneree della faringe sono tanto più dannose in quanto che la loro situazione rendendole difficilissime a scorgersi, non si scuoprono che allora quando hanno fatti dei progressi considerabili, e che è poco facile ottenerne la cicatrizzazione: d'altronde sono molto meno alla portata de' rimedj locali di quello che non lo siano le ulcere delle altre parti della gola. Le ulcere veneree

della gola, in egual modo di tutte le altre affezioni sifillitiche, sono più difficili a guarirsi nelle persone di cattiva costituzione che in quelle ben costituite e che godono d'altronde ottima salute. Sono anche più difficili a guarirsi quando il virus è rimasto per lungo tempo nel corpo, quando il malato ha prenduto del mercurio a più riprese per la malattia attuale, e che, per mancanza di averne continuato l'uso per un tempo bastante, ovvero a motivo di qualche altra causa incognita, il veleno non è stato distrutto.

Abbandonate a loro stesse, le ulcere veneree della gola non guariscono, e fanno, al contrario, dè progressi più o meno rapidi. Nulladimeno si sono talvolta vedute delle ulcere di questa specie, recenti e poco considerabili, sparire in pochi giorni; ma allora la malattia si è portata sopra altre parti; ha avuto luogo una vera metastasi. Si deve dunque opporre a queste ulcere, più presto che sia possibile, un' adequato trattamento. Questo trattamento è generale o locale. Il trattamento generale consiste nell' uso del mercurio che si può amministrare in frizioni, o che si può far prendere per bocca. In quest' ultimo caso, si adopera ordinariamente il muriato sopra ossigenato di mercurio, e ad esso si associano i sudorifici. Nella scelta di uno di questi due metodi, si deve avere in mira lo stato generale del malato ed i trattamenti mercuriali che può avere precedentemente subiti. Non è raro il vedere dei malati che hanno preso il mercurio sotto tutte le forme, senza ritirarne il più lieve vantaggio, guariti poi coll' uso semplicemente dè sudorifici.

La cura locale delle ulcere della gola differisce secondo l' epoca e lo stato della malattia. Allorchè le ulcere cominciano, e l'infiammazione è intensa, il metodo antiflogistico è il solo che convenga: così si prescriveranno le bevande diluenti e rinfrescanti; si farà tenere continuamente in bocca del latte tiepido, dei decotti di altea, di semi di lino, o di fichi, ec. Se la flogosi fosse considerabilissima, il malato forte e pletorico, bisognerebbe aver ricorso alla sanguigna ed all' applicazione

delle mignatte alle parti superiori e laterali del collo. Allorchè il periodo inflammatorio è passato, niente è più utile dell'uso frequente de' gargarismi o delle injezioni con una dissoluzione di muriato ossigenato di mercurio nell'acqua semplice, nell'acqua di calce o in un forte decotto di legni sudorifici, reso più denso col miele quasi a consistenza di siroppo. Io ho adoprato più volte quest'ultimo gargarismo con molto successo. Quando l'ingorgo delle parti è floscio, che le ulcere sono in uno stato stazionario, sopra tutto allorchè la loro superficie è lardacea e bianca, i caustici sono necessarj: il migliore è il collirio di Lanfranc nel quale s'intinge un pennello di fila che si porta sulla superficie dell'ulcera. Se questo collirio non ha un'azione sufficiente, si rimpiazza col nitrato d'argento, o colla dissoluzione di un denaro di muriato sopraossigenato di potassa in una libbra circa d'acqua distillata. Ma quando la sostanza lardacea che cuopre l'ulcera è cascata e che l'ulcera stessa è vermiglia, si deve rinunziare ai caustici la di cui applicazione cagionerebbe dei vivissimi dolori e potrebbe anche eccitare delle convulsioni. Si ricorre allora ai gargarismi detersivi, sicchè l'acqua d'orzo mielata alla quale si unisce una certa quantità di muriato ossigenato di mercurio.

ARTICOLO XIV.

Delle Affete.

È stato dato il nome di affete a dei tubercoli biancastri, superficiali, rotondi, della larghezza o di un grano di miglio o di un grano di canape, ora agglomerati ora isolati, che occupano le labbra, le gingive, la parte interna delle gote, la lingua, il palato, l'ugola, le amiddali, la faringe, l'esofago, lo stomaco, e il canale intestinale. Questi tubercoli che probabilmente non sono che de' follicoli mucosi divenuti piatti, e che sembrano avere nella loro parte media un piccolo pertugio, for-

niscono un'umore sieroso, e cascano a scaglie per mezzo del distaccamento della pellicola che cuopre la membrana mucosa.

Non bisogna confondere le affete propriamente dette colle piccole ulcere superficiali, bianche o turchinastre nel loro centro, rosse e dolenti alla loro circonferenza, che si manifestano su diversi punti dell'interno della bocca, ed a cui si dà comunemente il nome di *affete*. Queste piccole ulcere dipendono qualche volta da un affezione de'denti; altre fiate sopraggiungono senza che se ne possa assegnare la causa e senza essere state precedute da alcun' altra malattia. Si guariscono combattendo la causa a cui si possano attribuire, e toccandole leggermente con degli acidi talchè l' aceto, l' agro di limone, col nitrato d' argento fuso o il solfato di rame.

Le affete differiscono dalle ulcere in quanto che s' innalzano come tante pustole dalla superficie delle parti che affettano, non vi formano cavità, non forniscono marcia, e spariscono senza dar luogo a cicatrice dopo il seccamento e la caduta di una sostanza membranosa che le ricuopre.

Le affete appariscono di rado negli adulti; sono molto più frequenti nei vecchi, più frequenti ancora nei bambini. Noi imprendiamo a considerarle sotto queste tre differenti età della vita.

Affete degli adulti. Queste affete non si manifestano egualmente in tutti i climi; non se ne osservano quasi mai ne paesi caldi; raramente nelle contrade temperate; si è presso i popoli del Norde che abitano i luoghi bassi e maremmosi chè questa malattia si dichiara il più comunemente. Nella Zelandia, le affete sono tanto comuni, che ivi costituiscono, al dire di Ketelaer, una malattia endemica, sopra tutto in autunno, quando la stagione è umida e calda.

Le affete si manifestano di rado negl' individui d'altronde sani, e allorchè ciò accade, si possono riguardare come una lieve indisposizione che cede facilmente

alle bevande rinfrescanti, e dolcificanti, ed ai gargarismi dell' istessa natura. Quasi sempre le affete sopraggiungono durante il corso o verso il declinare di un altra malattia, e particolarmente delle febbri putride e delle febbri intermittenti fattesi continue, sopra tutto allorchè esse hanno cominciato colla diarrea, o la dissenteria.

Prima della comparsa delle affete, i malati vanno soggetti a delle nausee continue o a dei vomiti, a delle anzietà precordiali vivissime e frequentissime, a debolezza, a sonnolenza, a stupore, ad un sentimento doloroso e permanente di peso allo stomaco.

In tanto le affete compariscono: si presentano sotto la forma di piccoli tubercoli superficiali, isolati e agglomerati, rotondi, biancastri, del volume di un acino di miglio o di un granello di canape. Questi tubercoli forniscono dell'umore sieroso e cascano a scaglie per mezzo del seccamento della pellicola che li ricuopre. Sparsi da primo sulla lingua, sulla commettitura delle labbra e sulla bocca posteriore divengono a grado a grado più numerosi, e formano qualche volta una sola crosta densa, lustra, eccessivamente aderente e che non dimeno finisce col distaccarsi. Rinascono allora nuove affete nel medesimo luogo o altrove; talora non ne compariscono più. In qualche caso, le affete non si limitano alla cavità della bocca, si estendono alla faringe, l'esofago, lo stomaco, il condotto intestinale, e vi determinano dei sconcerti gravissimi. Allorchè sono numerosissime, sono frequentemente accompagnate da sintomi di adinamia.

Le affete sono in generale molto meno gravi negli adulti che nei vecchi e nei bambini neo-nati. Quelle che sono trasparenti, bianche, isolate, superficiali, inquietano poco. Non è il medesimo delle affete gialle, rossiccie, cenerine nerastre, grosse e ravvicinate fra loro. Quelle che sono tenaci e che rinascano subito dopo la loro caduta, sono più gravi di quelle che non ricompariscono.

Allorchè le affete si staccano, si deve esaminare con premura la superficie che abbandonano; se è alla rosea ed umida si può sperare che le affete non ricomparischino

o almeno solo in piccolissima quantità; ma quando questa superficie è asciutta, si può stare quasi sicuri che esse riverranno. In qualche caso il fondo della gola sembra in certa guisa tappezzato da una tela fine e biancastra: egli è certo allora che è per aver luogo una nuova eruzione.

L'epoca della caduta delle affete non può essere determinata precisamente. Qualche volta dodici giorni sono bastanti, altre fiate restano esse aderenti per ben più lungo tempo. Non cascano tutte in una volta; ma si staccano in diverse parti dell'interno della bocca. Il tempo che passa fra la caduta di queste affete ed una nuova eruzione, non è costante: in qualche caso corrono cinque o sei giorni prima che ne ricomparischino delle altre. È importante il conoscere questa particolarità, onde non abbandonarsi ad una ingannevole sicurezza. Ma se dopo la caduta delle affete l'interno della bocca è puro e umido, se il malato non soffre nessuna anzietà alla regione precordiale, verun assopimento, niuna gravezza di spirito, se la febbre cessa o diminuisce, si è sicuri che la guarigione è radicale.

La cura delle affete è generale e locale. La cura generale è subordinata a quella malattia in tempo della quale le affete compariscono, e deve variare secondo la natura di questa malattia. Così la sanguigna è stata praticata con successo da Ketelaer in una pleuritide complicata di affete; la china da Sydenham in una febbre remittente accompagnata da eruzione affetosa. In simili circostanze, trattandosi d'individui debolissimi, e le fauci de' quali erano ricoperte di affete, Van-Swieten non potendo amministrare la china in sostanza, la faceva prendere in decotto, per diminuire la febbre; ma siccome temeva che la proprietà topica di questo rimedio fosse nociva alle affete, adoperava nell'istesso tempo e quasi continuamente i decotti emollienti. Rimase sorpreso nel vedere, presso questi malati, cascare le croste affetose più presto che in quelli in cui il buono stato di forze, e la specie della febbre avevano dispensato dall'uso della china.

Allorchè la malattia durante la quale le affete sono sopraggiunte non presenta alcuna indicazione particolare, si amministrano le bevande diluenti e rinfrescanti talchè il brodo di pollo, l'infuso di malva, di altea, o di tussillagine, alla quale si unisce un poca d'emulsione d'amandorle dolci e di miele. Ketelaer à rimarcato che questa bevanda serve ad ajutare la maturità delle affete, e a moderare l'irritazione che cagionano. Il regime del malato sarà regolato sullo stato delle forze; ma siccome la deglutizione è difficile e dolorosa, non farà uso che di alimenti liquidi o molto teneri.

Nel trattamento locale delle affete, si deve avere per oggetto, di facilitare la separazione e la caduta delle croste affetose, e il ristabilimento delle superfici che hanno abbandonate, al loro stato naturale. Con questa veduta s'impiegano i gargarismi emollienti, e dolcificanti che il malato tiene quasi di continuo in bocca. Questi gargarismi si compongono con de' liquidi piuttosto vischiosi onde aderischino alle parti che si tratta di calmare. Quando le croste sono cascate, se le parti che lasciano allo scoperto sono dolorosissime, si ricorre ai liquidi vischiosi di cui qui abbiamo parlato; vi si unisce la crema del latte, il siroppo di papavero o qualunque altra sostanza anodina. Allorchè la sensibilità delle parti comincia a ottundersi, si ricorre ai leggeri fortificanti e detersivi, come il decotto d'orzo, d'agrimonia, d'ipericon, ec., col miele rosato. Ma non bisogna intraprendere l'uso de' fortificanti che quando la cessazione della febbre, il deposito delle orine annunziano che giunto è il declinare della malattia; o come si suol dire, che la depurazione degli umori è completamente terminata. Adoperati prima di quest' epoca tali rimedj potrebbero cagionare una recidiva a cui il malato, di già spossato, potrebbe soccombere. Pel medesimo motivo bisogna astenersi severamente dai gargarismi astringenti, e rinfrescanti. La cura delle affete si termina con un purgante blando che nell' istesso tempo possegga delle qualità toniche, e astringenti, e che sia atto in conseguenza ad espellere le

eroste affetose di cui il canale intestinale può essere pieno, e a dare un poco di tuono a questo canale.

Affete dei Bambini neo-nati. — Questa malattia che è stata chiamata *morbus miliaris infantum*, volgarmente fungaccio, malattia affetosa de' neo-nati s' incontra di rado nelle città, in cui i bambini appena nati sono messi per qualche giorno sotto la sorveglianza delle persone dell' arte, ricevano le cure, e il latte materno, o sono confidati ad una buona nutrice. È dessa meno rara nelle campagne ove i soccorsi i più essenziali ai neo-nati sono quasi sempre trascurati, ed ove la mancanza di attenzione, e di violenza fra le nutrici non è che troppo comune. Accade sopra tutto negli ospedali dei trovatelli, che il fungaccio è più frequente: è ivi che si presenta sotto l'aspetto il più spaventoso, e che esercita i più funesti danni Questa malattia non è propria delle contrade settentrionali, come le affete degli adulti; si osserva sotto quasi tutte le latitudini, nel mezzo giorno della Francia, come nel norde dell' Alemagna. È comune nell' ospedale dei gettatelli di Parigi.

Diverse cause si riuniscono in questi preziosi asili della disgrazia per produrre il fungaccio. Queste cause sono la privazione del seno materno, una nutrice mal sana, intemperante o in preda a vive affezioni di spirito, la mancanza di cure, la poca polizia, un nutrimento poco salubre, l' insalubrità dell' aria, il contagio in fine, che però non ha luogo che per mezzo dell' uso comune degli utensili che servono ad abbeverare i bambini, degli oggetti che li ricuoprono, e la frequenza troppo grande dei bambini affetti con quelli ancora sani.

L' epoca precisa nella quale i bambini sono esposti al fungaccio, ed il termine fisso in cui finiscono di andarvi soggetti, sono indeterminati del pari. Il Sig. Auvity, chirurgo dell' ospedale dei trovatelli di Parigi, nell' eccellente memoria da cui abbiamo tirato tutto ciò che ha rapporto con questa malattia, dice aver' veduti dei bambini che fino dal terzo o quarto giorno della loro

nascita ne erano stati attaccati, altri che affetti non ne erano rimasti che il ventesimo giorno, altri in fine che non avevano potuto esserne preservati nel secondo, terzo, e quarto mese, ed anche fino all'ottavo, di modo che sembra verisimile che il fungaccio è una malattia propria dei neo-nati, durante tutto il tempo, per così dire, dell' allattamento.

Sono state ammesse due specie di fungaccio: il *discreto* o benigno, e il *confluente* o gangrenoso. Gl' istessi sintomi precursori sono communi all' una all' altra specie. Questi sintomi sono l'aumento di calore, la celerità del polzo, un sonno profondo, l' agitazione de' muscoli della faccia, l' asciuttore delle fauci, la difficoltà d' inghottire, le nausee, i vomiti, la cardialgia, la difficoltà della respirazinne, l' alterazione della voce. A questi sintomi che precedono lo sviluppo del fungaccio, se ne riuniscono quanto prima degli altri i quali annunziano che l' eruzione non starà molto ad aver luogo: questi nuovi sintomi sono un rosso oscurissimo delle lebbra, e di tutto l' interno della bocca; la lingna è arida, ardente ed un poco tumida, la bocca è urente, ciò che si sente benissimo portandovi un dito.

Uno o due punti biancastri al frenulo della lingua o alle gingive, nel luogo che devono occupare i denti incisivi, la celerità, e l' elevazione graduale del polso, indicano il cominciamento dell' eruzione. Questi punti biancastri si moltiplicano, e ben presto le commettiture delle labbra, la superfice interna delle gote, quella delle labbra, la lingua, le gingive ne rimangono tutte coperte, e l'eruzione allora è completa. In questo stato, il bambino è urente, e agitato, il di lui viso è come increspato, non si attacca al seno della nutrice, e non inghiotte le bevande che con difficoltà, ciò che accenna che la malattia si estende all'esofago; una diarrea sierosa e verdastra sopraggunge qualche volta, e allora si osservano delle macchie rosse vivissime all' ano.

Nel fungaccio benigno, l' interno della bocca presenta dei bottoni bianchi superficiali, separati li uni dalli

altri, e l'intervalli de' quali non sono nè rossi, nè infiammati. Il fondo della bocca è poco alterato nel suo colore ed il calore ivi è moderato; la deglutizione è libera, il bambino può attaccarsi al seno della nutrice, il sonno è quasi natnrale e la dierrea leggera. I bottoni, ne' primi giorni, conservano la loro trasparenza e la loro bianchezza; prendono quindi un colore giallastro, si esfoliano a pellicole, e si dissipano intieramente verso il nono o decimo giorno, sopra tutto allorchè il bambino ha una buona nutrice. Non si osserva questa specie di fungaccio che nei bambini allevati in campagna o nelle case particolari. Se qualche volta incontrasi negli ospedali destinati per i bambini lattanti, riveste quanto prima un carattere più grave: non è in certa guisa che un preludio del fungaccio confluente.

Il fungaccio confluente vien dunque tal volta dietro al fungaccio benigno; ma il più sovente si mostrafino dal suo principio con quel carattere che gli è proprio. L'interno della bocca è ricoperto da piccole pustole quasi contigue le une alle altre, sparse non solo sullelabbra, le gingive, la lingua e l'interno della gote, maanche nella bocca posteriore, da dove sembra che si propoghino all'esofago. Pare qualche volta però che da questo condotto le affete si estendano nell'interno della bocca, si che siamo indotti a crederlo allorchè si vede inalzarsi dalla parte la più bassa della faringe una crosta bianca, grossa, lustra, che si estende progressivamente sul velo pendulo palatino, la lingua e l'interno delle gote. Nel fungaccio confluente, la bocca del bambino è urente; le di lui labbra non si applicano che con pena sul capezzolo che si escoria qualche volta pel contatto. La deglutizione è difficile, le bevande non giungono che a stento gravissimo nello stomaco; talora non possono arrivarvi; è stato per fino veduto in qualche caso che la crosta grossa che ricopriva tutto l'interno della bocca, si oppone al movimento delle labbra e delle gote, di modo che i piccoli malati non possano tenere in bocca il liquido che vi si versa e che quanto prima ne sgorga. Questa concre-

zione o crosta affetosa, primitivamente bianca come del latte coagulato, diviene gialla, cenerina, o nerastra, e forma un' escara la caduta della quale lascia vedere delle ulcere qualche volta rosse ed altre fiate di color giallo bruno. Queste ulcere sono in qualche caso di una sensibilità tale che il contatto delle più dolci bevande produce un vivissimo dolore, e che dopo diversi penosi conati per inghiottire, i bambini finiscono col ricusare qualunque specie di bevanda. Altre fiate le parti rimaste allo scoperto sembrano quasi insensibili; esalano sovente nell' uno e nell' altro caso un liquido sanioso che affluisce abbondantemente in bocca. A questi sintomi locali, unisconsi delle escrezioni di materia verdastra che produce delle escoriazioni all' ano, unisconsi pure l' assopimento o la veglia, una agitazione violenta e continua, dei gridi flebili, e languenti, una progressiva diminuzione delle forze. A misura che la malattia progredisce, le escrezioni alvine divengono più frequenti, e le materie più acri. Allora si vedono succedere spesso alle escoriazioni dell'ano delle specie di escare che rendono più vicina la morte de' malati; ed è sempre in mezzo a' più crudi dolori, all' anzietà la più tormentosa che essa succede.

Tali sono i sintomi ed il progresso del fungaccio confluente, o gangrenoso. Questa specie non si osserva quasi mai che negli ospedali nei quali i bambini neo-nati sono riuniti in grandissimo numero. Se all' epoca in cui il male comincia i bambini sono sottratti alle cause che lo hanno determinato, accade qualche volta che i sintomi si fanno meno gravi e la salute si ristabilisce; ma questo termine felice è raro. Il fungaccio considerato in genere, ha un corso assai insidioso: si sono veduti perire dei bambini che sembrano attaccati da fungaccio benigno, e quelli che affetti sono dal confluente non sempre periscono.

Per prevenire lo sviluppo del fungaccio bisogna sottrarre i bambini alle cause capaci di produrlo. Così si collloceranno i bambini in un aria pura, si terranno con tutta

la polizia possibile, e si affideranno ad una buona nutrice. Se le circostanze non permettono di darle una nutrice accurata, e sana, si farà loro prendere da primo del latte recente di vacca dal quale sia estratta la crema, preparato senz'acido e edulcorato con del miele e del siroppo di viole mammole, per facilitare l'evacuazione del meconio; quindi si nutrirà il bambino con del latte mescolato a due terzi d'acqua d'orzo e si diminuirà la quantità del decotto d'orzo a misura che il bambino prenderà forza. Si prenderà cura di tenere il latte in un luogo fresco, di non tenerlo mai lungo tempo, di non scaldarlo; ma di amministrarlo ad una dolce temperatura facendo tiepidare l'acqua d'orzo con cui si mescola.

I mezzi igienici di cui ora abbiamo parlato, secondati dai rimedj locali, bastano per la cura del fungaccio benigno. Si praticheranno dunque delle frequenti lozioni in bocca con un decotto d'orzo, a cui si unirà del miel rosato ed una quantità d'acido solforico necessaria per dare al mescuglio un sapore leggermente acido. Si toccheranno cinque o sei volte al giorno i punti affetti, con un pen nello o una piccola pezzetta di lino fine imbevuto di questo mescuglio. I campagnoli si servono comunemente insimil caso d'olio caldo d'oliva, col quale struffano la bocca del bambino, o d'olio di navoni o di rape nel quale fanno sciogliere un poco di zucchero. Questi mezzi ordinariamente li riescono molto bene. In quanto alle macchie rosse ed alle escoriazioni dell'ano, si possano impolverar colla polvere di legno fracido, di licopodio, o di amido.

Il fungaccio confluente esige che si metta la maggiore prontezza possibile nell'uso de' rimedj convenienti, e sopra tutto che si allontani il bambino da quelle cause da cui la malattia dipende. Il seno di una buona nutrice e degli allattamenti frequenti saranno il mezzo il più sicuro per la guarigione. Se il bambino è tutt'ora sprovvisto di nutrice, si ricorrerà al latte da cui si è tolta la crema, puro e preparato senz'acido, ai brodi di vitella, di pollo e al latte tagliato coll'acqua d'orzo. Si sbarazzerà lo sto-

maco dalle mucosità che contiene provocando il vomito per mezzo del tartrito di potassa e di antimonio, o l'ippecauana. Si correggerà quel lievito acido che domina nelle vie alimentari amministrando due o tre volte al giorno, sei, otto o dieci grani di carbonato di magnesia che si mescolerà con tutte le bibite del bambino. Si può dare ancora coll'istessa mira, ogni due o tre ore una mezza cucchiajata da caffè di una pozione composta come segue:

℞. Sapone amiddalino
Carbonato di magnesia } aa . . . . . . denari due

Acqua di menta
di finocchio } aa . . . . . . once due

Siroppo d' altea, mezz' oncia.
Misce

Allorchè si presume che l' eruzione siasi estesa all'esofago o anche allo stomaco e agl' intestini, si da spesso al bambino una cucchiajata da caffè di sugo di rape cotte sotto la cenere, al quale si unisce un poco di miel rosato. Se il bambino è debole, ed estenuato, si rianimeranno le di lui forze con dei cordiali blandi, si che l' acqua di menta, la tintura alcoolica di china mescolata a del siroppo di viole o di scorza di arancio.

La bocca del bambino reclama delle cure particolari ne mai interrotte: si umetta senza rilascio con un decotto di foglie di salvia, di piantaggine; o col sugo di semprevivo, di rogo, ec., ai quali si unisce del miel rosato e dell' acido solforico. Se le ulcere gangrenose sopravvengono nel fondo dellabocca, si ricorrerà a de' rimedj più attivi: s'impiegherà allora con vantaggio l' acqua di calce col decotto d' orzo e il miele rosato; se ne bagneranno spesso le parti affette. Si adopera pure per quest' uso medesimo il siroppo di china o il decotto d' altea o di aristolochia rotonda edulcorato colla conserva di rose

canina liquida, e acidulata con qualche goccia d'acido solforico. Allora quando le croste affetose sono cascate, conviene amministrare un purgante blando e tonico. Il siroppo di rabarbaro solo o unito a qualche grano di rabarbaro polverizzato è utilissimo in questo caso; si può amministrare in qualche cucchiajata di decotto di china; si può anche servirsi dell' olio di riscino unito ad un qualche siroppo gustoso. Durante tutto il corso della malattia non si deve omettere di dare al fanciullo dei clisteri emollienti, sopra tutto quando ha violente coliche, e gli escrementi sono verdastri.

Il più sovente, quando il termine del fungaccio è felice, si manifesta un'eruzione di piccoli bottoni, al collo, alle natiche o altrove. Se questi bottoni spariscono ad un tratto, oppure, come si suol dire, rientrano, il fungaccio si ripresenta, e il bambino le di cui forze sono omai spossate, non può sopportare questo secondo attacco; perisce in quel momento in cui si credeva avere ottenuta la guarigione. È molto importante dunque il favorire e mantenere questa preziosa eruzione tenendo il bambino caldamente, e facendogli prendere delle bevande diaforetiche.

Fine del Tomo Sesto.

TAVOLA

DELLE MATERIE

CONTENUTE IN QUESTO TOMO.

Seguito delle Malattie della Faccia.

CAPITOLO PRIMO.

CAPITOLO II.

CAPITOLO III.

Fine della Tavola delle Materie.